



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**L'IMAGE DU MÉDECIN, LE REGARD DU PATIENT :
L'IMAGE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE PROJETÉE SUR
UN ÉCRAN PEUT-ELLE INFLUENCER UNE VISION
FORGÉE PAR UNE RELATION MÉDECIN-PATIENT?**

THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 09 octobre 2018
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

JOUAULT Clémence

Née le 31 août 1986 à Rennes

Sous la direction du Docteur Nicolas Prothon

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de	Pierre COCHAT
Coordination des Etudes Médicales	
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND
<u>Secteur Santé</u>	
UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT
<u>Secteur Sciences et Technologie</u>	
UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2017/2018

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Momex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophthalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition

Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Bacchetta	Justine	Pédiatrie
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Crouzet	Sébastien	Urologie
Cucherat	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dubourg	Laurence	Physiologie
Ducray	François	Neurologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourmeret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Levrero	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Maucourt Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Poulet	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Ray-Coquard Rheims	Isabelle Sylvain	Cancérologie ; radiothérapie Neurologie
Richard Rimmele	Jean-Christophe Thomas	Réanimation ; médecine d'urgence Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Robert Rossetti	Maud Yves	Chirurgie digestive Physiologie
Souquet Thaumat	Jean-Christophe Olivier	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie Néphrologie
Thibault Wattel	Hélène Eric	Physiologie Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Cordier	Jean-François	
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Mauguière	François	Neurologie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Binguier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Le Bars Normand	Didier Jean-Claude	Biophysique et médecine nucléaire Médecine et santé au travail
Persat Piaton	Florence Eric	Parasitologie et mycologie Cytologie et histologie
Sappey-Marinier Streichenberger Tardy Guidollet	Dominique Nathalie Véronique	Biophysique et médecine nucléaire Anatomie et cytologie pathologiques Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Charrière	Sybil	Nutrition
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Phan	Alice	Dermato-vénérologie
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Roman	Sabine	Physiologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Bouchiat Sarabi	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Cour	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
Coutant	Frédéric	Immunologie
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Josset	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Menotti	Jean	Parasitologie et mycologie
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe
De Fréminville	Humbert

Le Serment 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 respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

Professeur Yves Zerbib

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse et nous vous en remercions. Votre expérience et votre bienveillance nous auront permis de présenter ce travail de manière confiante. Soyez assuré de notre considération respectueuse.

Professeur François Gueyffier

Vous nous faites l'honneur de siéger à ce jury de thèse. Votre expertise pharmacologique nous apparaissait importante au vu des sujets abordés dans cette thèse. Recevez notre sincère gratitude.

Professeur Marie Flori

Vous nous faites l'honneur de siéger à ce jury de thèse. Votre disponibilité et votre réactivité ont toujours été très appréciables. Merci également de nous avoir permis de vivre cette expérience à Shanghai. Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance.

Docteur Nicolas Prothon

Tu as accepté de diriger cette thèse et m'as accompagnée pendant toute sa réalisation. Ton enthousiasme et tes conseils avisés m'ont permis de vivre cette expérience de façon sereine. Merci également de m'avoir accompagnée, en tant que tuteur, pendant mes années d'internat. Avec toute ma gratitude et mon amitié.

Aux professionnels rencontrés lors de mon parcours

À la **Faculté de médecine de Rennes** pour mon externat. En particulier les services de **Néphrologie** et de **Maladie infectieuse** où j'ai vraiment été accueillie et formée.

Aux généralistes qui m'ont accueillie pendant mon externat : **Dr Develay** et **Dr Labarthe**

À tout le service des **Urgences de Lyon Sud** : une plongée dans l'internat pas facile mais une équipe qui nous a tenus par la main même après 24h de garde !

Au service de **Gynécologie-Obstétrique de Saint Joseph-Saint Luc**, pour m'avoir fait aimer la gynécologie. Merci particulier à l'équipe de sages-femmes qui m'a accueillie en salle d'accouchements.

À l'équipe de **UNFPA Mongolia**, à la maternité d'Ulaan-Baatar et en particulier à **Nara Narmandrakh**, **Naomi Kitahara** et **Iliza Azyei**, pour l'accueil, l'expérience et les soupes de mouton au goûter.

Au service de **gastro-entérologie de Villefranche-sur-Saône** : grâce à vous j'adore la pancréatite aiguë ! C'est dans les moments difficiles qu'on décompresse le mieux, j'ai beaucoup ri dans ce service.

Au service de **médecine A de Vienne**. En particulier au **Dr Françoise Badet** pour sa gentillesse, sa bienveillance, sa confiance et au **Dr Anissa Bouaziz** pour son savoir, son humilité et sa patience !

À la **maison de santé des Vans** pour une vraie immersion dans la médecine générale. Merci de m'avoir fait découvrir la belle Ardèche.

À mes maîtres de stages de SASPAS : **Anne-Marie Bernelin-Palle**, **Dr Michel Serraille** et bien sûr **Dr Mathieu Lapallus** (et Fabienne) qui est devenu bien plus qu'un maître de stage au cours de ces 6 mois (jusqu'au Hellfest on se retrouve !). Merci de m'avoir appris (encore plus que la marguerite des compétences !) ce qu'était la médecine générale et ce que je voulais en faire.

Aux **médecins que j'ai remplacés**, surtout à Charlieu. S'il n'y avait pas tant de kilomètres entre nous, j'aurais adoré travailler avec vous.

À **Martin Winckler**, pour m'avoir accompagnée dans mon cursus à travers mes lectures et dans ma thèse à travers les mails ! Merci pour votre disponibilité et votre gentillesse.

À la **Faculté de médecine de Lyon Est** et surtout au **Département de Médecine Générale** pour les enseignements et l'expérience à Shanghai.

Merci tout particulièrement aux personnes ayant accepté de participer à cette thèse.

À mes proches

À **Pierre-Michel**, seuls les mots de Benigni à Cannes en 1998 peuvent exprimer tout ce pour quoi je veux te remercier : « Si mes parents, à me faire naître, m'ont fait descendre du ciel à la terre, toi, avec ton amour, tu m'as remonté de la terre au ciel » (je te l'accorde c'est mieux avec l'accent !). Merci pour la relecture avisée et pour m'avoir initiée aux mystères de Word. De Rennes à Attissou (Mojo ?) en passant par les steppes mongoles, aucune expérience n'est impossible si c'est tous les 2 : next step ?

À **papa et maman**: Comme l'a dit Frances Mc Dormand à sa famille lors de la réception de son prix aux Oscars 2018 « Je sais que vous êtes fiers de moi et cela me remplit d'une joie éternelle ». Soyez surtout fiers de vous, car vous avez réussi à me transmettre le sens du travail, l'ambition (sky is the limit !), votre amour illimité et les clés pour être heureuse. Merci de nous soutenir dans tous nos projets même s'ils sont parfois un peu farfelus. Papa un merci particulier pour ta relecture.

Paul mon frère, les weekends, les fins de soirée et surtout les discussions musicales, médicales ou politiques... Merci de me remettre en question et de me challenger. Merci aussi à toi d'avoir passé du temps à relire cette thèse. Maintenant que tu as fait le grand choix je suis pressée d'aller visiter Lille (ou un de ses periph !) avec toi.

Amélie ma sœur, mon indispensable à 500m ou 7000km pas un jour sans être en contact c'est une performance ! Merci d'être toujours là pour les bons et malgré les moins bons moments. Et merci pour la relecture **David**, mon autre frère. Tu m'as vue pousser depuis le temps ! Merci de ta disponibilité, ta bienveillance et ton rire ! À **Joséphine**, ma « presque fille », merci pour les câlins, la goinse, les rires et les oranges que tu as promis de m'apporter à la maison de retraite ! À **Arthur** parce que tu es, toi aussi, un être génial en devenir : la preuve, tu adores déjà manger et rire !

ML, merci pour toutes les jolies choses qui me sont arrivées depuis que je te connais : des fous rires, des apéros, des déménagements, un mariage (aussi grâce à toi !), des voyages... Et merci pour ton implication et ton intransigeance lors de la relecture de cette thèse.

À **Annaëlle**, à notre histoire commune, merci d'être toujours là, d'être témoin de tous les instants et de faire de moi ta témoin de tous les instants !

A **Estelle**, plus qu'une cousine, pas tout à fait une sœur, presque une coloc, clairement une amie proche. Il n'y a que toi pour les envies de karaoké du mercredi soir !

À **mamie Jacqueline et papi Gérard** : merci pour les vacances, la belote, l'accueil et surtout merci pour m'avoir chouchoutée pendant les nombreuses révisions que j'ai faites à Brion. Sans vous, pas sûre que j'aurais eu ma première année ! (ni aucune des autres d'ailleurs...).

À **papi et mamie des Maffrais** : merci d'avoir toujours les bras grand ouverts. Vous avez une curiosité et une joie de vivre intactes, qui me font rêver.

Mes **oncles et tantes**, vous avez suivi de près ou de loin mes péripéties personnelles et professionnelles. Merci particulier à **Véro et Charles** pour me regarder grandir et m'accompagner de si près ! Vous avez une place à part dans mon cœur et je sais que j'en ai une aussi dans les vôtres. **Patrick et Marie-Pierre**, merci pour l'accueil depuis toutes ces années et les souvenirs de weekends inoubliables. **Mes cousins et cousines**, pour tous les bons moments ensemble, les soirées improvisées (ou pas !), les weekends, Noël, les concerts (surtout celui de Michel Jonasz !).

À ma nouvelle famille, pour leur accueil depuis le premier jour : **Marc** un merci particulier pour ta gentillesse et les bons moments passés ensemble, **Gisèle et Geoffroy**.

À mes amis de Lyon : **Thomas et Lucie**, c'est avec vous qu'on va réécrire le monde ! **Emma et Arnaud** (les Grottas !) pour la gastronomie, les apéros, les weekends ici ou là. Emma, merci pour le soutien féministe ! Arnaud merci pour les « franches rigolades », je sais que tu apprécieras le calembour. **Jérôme** des apéros du samedi midi à l'amitié il n'y a qu'un pas que nous avons franchi ! Merci également pour ta porte toujours ouverte et pour la cave qui a été (et sera ce soir !) le théâtre d'événements importants pour moi. **Ana et Morgan** vous êtes plus danois que français ou mexicains maintenant ! Les moments partagés à Lyon comptent malgré tout parmi les meilleurs.

À mes amis d'internat : **Julie** bien sûr : je ne serais pas allée au bout de ce fameux stage sans toi et nos covoyages. De co-interne tu es devenue amie (et **Benj** avec !). **Antoine** (et **Amandine et Arthur**) on s'est rencontrés le 1^{er} jour de l'internat et une amitié était née ! Profitez bien de votre nouvelle expérience parisienne. **Marie et Guillaume** grâce à vous je suis allée tous les matins à l'hôpital avec plaisir pendant 6 mois (ce n'est pas peu dire...). Marie merci pour la relecture et les journées de travail à 2. Guillaume je suis très heureuse de savoir que nous allons maintenant travailler ensemble.

Mes amis d'externat : **Hélène** depuis le 1^{er} jour à Paviot, le jour des résultats, la vie étudiante rennaise (même après l'avoir quittée parfois !) et les weekends passés et à venir. Quand on se voit, notre amitié est toujours la même. **Camille et JM** (et **Arthur**) c'était une amitié étudiante, des soirées, des festivals mais je me sens encore plus proche de vous depuis que j'ai quitté Rennes et que je vous y retrouve. **Adrien**, tu me manques.

JC, François (mon plus vieux copain !) et **Claire** (et **Raphaël** maintenant) : depuis le lycée (le Museum, U2 et le Stade Rennais), nos voyages en Suède ou en Pologne, nos weekends... On évolue plus loin les uns des autres mais vous êtes toujours présents aux moments importants.

Les amis du bout du monde, de voyages, de formation ou d'expatriation, vous m'avez donnée, sans le savoir, l'envie d'aller au bout de cette thèse pour qu'enfin je puisse vous retrouver ici ou là ! Merci en particulier à **Will et Doug** (et le Rosewood !) qui avez rendu plus douce la rude vie mongole. A **Pol, Daniela, Beckie et Petr** sans qui l'expérience shanghaienne aurait été bien différente.

À mes collègues avec qui j'ai hâte de débiter ce nouveau chapitre de ma vie (**Benjamin, Raphaël, Sonia, Laurène, Adrien, Andréas et Yann**)

À **Attissou** pour nous en faire voir de toutes les couleurs et nous procurer beaucoup de bonheur. Puisse-tu vivre les 110 prochaines années aussi en forme (s) que tu as vécu les 110 premières !

Merci à la **littérature**, au **cinéma**, à la **danse**, à **Beyonce** et **Nina Simone** pour m'avoir accompagnée depuis si longtemps. Vous êtes des ami.e.s fidèles.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DE L'UNIVERSITE	2
LISTE DES PROFESSEURS.....	3
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	8
REMERCIEMENTS	10
TABLE DES MATIÈRES	15
ABRÉVIATIONS.....	22
INTRODUCTION	23
ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES.....	25
1. DÉFINITION DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE	25
1.1. Définition de la WONCA (13).....	25
1.1.1. Définition générale	25
1.1.2. Détail des compétences fondamentales.....	26
1.1.3. Détail des champs d'activité.....	26
1.1.4. Détail des dimensions spécifiques	26
1.2. Référentiel « métier et compétences des médecins généralistes » du CNGE (14)	27
1.3. « Définitions et descriptions des compétences en médecine générale » : revue Exercer (15).....	27
2. IMAGE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA POPULATION GÉNÉRALE ET AU CINÉMA	28
2.1. Image du médecin généraliste dans la population générale	28
2.2. Représentation du médecin généraliste au cinéma en France	29
3. INFLUENCE DU CINÉMA SUR L'OPINION DES SPECTATEURS.....	30
4. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	31
MATÉRIEL ET MÉTHODES	32
1. TYPE D'ÉTUDE	32
2. CHOIX DES FILMS	32
2.1. La maladie de Sachs (25).....	33
2.2. Médecin de campagne (26)	34
2.3. La consultation (27)	34
3. POPULATION ÉTUDIÉE	35
4. RECRUTEMENT	35
5. ENTRETIENS.....	36
5.1. Description du guide d'entretien	36
5.2. Description du recueil de données.....	36

6.	EXPLOITATION DES RÉSULTATS	36
6.1.	Transcription verbatim des données	37
6.2.	Analyse des données	37
6.3.	Logiciels utilisés	37
6.4.	Présentation des résultats dans la thèse	38
7.	RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	38
	RÉSULTATS.....	39
1.	PROFIL DES PARTICIPANTS	39
1.1.	Rapport avec leur médecin.....	39
1.2.	Motifs de consultation.....	40
2.	L'IMAGE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE	40
2.1.	Image du médecin généraliste chez les participants	40
2.2.	Image du médecin généraliste dans la population générale	40
2.3.	Image du médecin généraliste au cinéma	41
3.	ORGANISATION DU TRAVAIL DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE	42
3.1.	Amplitude horaire importante	43
3.2.	Rémunération	44
3.3.	Intérêt des patients pour les conditions de travail des médecins généralistes	44
4.	CARACTÉRISTIQUES DU TRAVAIL DE MÉDECIN GÉNÉRALISTE	45
4.1.	Risque d'épuisement professionnel.....	45
4.1.1.	Causes d'épuisement professionnel	45
4.1.1.1.	Avant visionnage	45
4.1.1.2.	Après visionnage	47
4.2.	Difficultés à concilier la vie personnelle et la vie professionnelle	48
4.2.1.	Causes.....	49
4.2.1.1.	Absence de coupure	49
4.2.1.2.	Temps de travail important et sollicitations	49
4.2.1.3.	Charge mentale	49
4.2.1.4.	Conscience professionnelle.....	50
4.2.1.5.	Volonté personnelle	50
4.2.1.6.	Facteurs inhérents au médecin (sexe, lieu d'exercice, âge).....	50
4.2.2.	Conséquences	51
4.3.	Points positifs.....	51
4.3.1.	Un métier satisfaisant.....	51
4.3.2.	Un métier intéressant.....	51

4.3.3.	Un métier gratifiant	51
4.3.4.	Un métier enrichissant	52
5.	LA RELATION MÉDECIN-PATIENT	52
5.1.	Une relation déséquilibrée	52
5.1.1.	Hiérarchie	52
5.1.2.	Paternalisme	52
5.1.3.	Médecin sachant	53
5.1.4.	Influence et pouvoir du médecin sur le patient	53
5.1.5.	Tonalité du discours	53
5.1.6.	Un patient centré sur lui-même	54
5.2.	Le professionnalisme du médecin généraliste	54
5.2.1.	Refus des demandes non justifiées	54
5.2.2.	Rôle d'autorité morale et limite avec l'opinion personnelle du médecin généraliste	55
5.3.	Une relation basée sur le rapport de confiance	55
5.3.1.	Les caractéristiques du rapport de confiance	55
5.3.2.	Les éléments à la base du rapport de confiance	56
5.3.2.1.	Le secret médical	56
5.3.2.2.	Le savoir	56
5.3.2.3.	La reconnaissance de son incompétence	56
5.3.3.	Les freins à l'instauration du rapport de confiance entre le médecin généraliste et le patient	57
5.3.3.1.	Un médecin pas sûr de lui	57
5.3.3.2.	Une confiance unilatérale	57
5.3.3.3.	Le comportement inadapté du médecin généraliste	57
5.4.	Les rapports affectifs entre médecin et patient	57
5.4.1.	Un rapport amical	57
5.4.2.	Le médecin-médicament	58
6.	LES FONCTIONS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE	58
6.1.	La fonction médicale	58
6.1.1.	Orientation	59
6.1.1.1.	Motifs d'orientation vers un spécialiste	59
6.1.1.2.	Délai avant orientation vers un spécialiste	60
6.1.2.	Prescription médicamenteuse	60
6.1.2.1.	Causes à la surprescription	61
6.1.2.2.	Médicaments surprescrits	62

6.1.2.3.	Profil des médecins généralistes surprescripteurs.....	62
6.1.3.	Réalisation d'objectifs de santé publique.....	63
6.1.3.1.	Prévention	63
6.1.3.2.	Dépistage	63
6.1.4.	Autres éléments du rôle médical	64
6.1.4.1.	Premier recours ou gestion des soins de santé primaires	64
6.1.4.2.	Gestes techniques	64
6.1.4.3.	Suivi.....	64
6.1.4.4.	Compétences médicales particulières ou spécifiques.....	64
6.2.	La fonction sociale du médecin généraliste.....	64
6.2.1.	La gestion des difficultés économiques et sociales des patients	65
6.2.2.	Relations avec les familles des patients.....	66
6.2.2.1.	Information de la famille.....	66
6.2.2.2.	Médiation familiale	67
6.2.3.	Le médecin généraliste : un personnage social	67
6.2.3.1.	La reconnaissance sociale du médecin généraliste et son évolution dans le temps	67
6.2.3.2.	La reproduction sociale en médecine générale.....	68
6.3.	La fonction de psychothérapeute	69
6.3.1.	La prise en charge et le suivi de pathologies psychiatriques/difficultés psychologiques	69
6.3.1.1.	Type de pathologies	69
6.3.1.2.	Freins à cette prise en charge	71
6.3.2.	La confiance	71
6.3.2.1.	Profil des patients qui se confient	71
6.3.2.2.	Bases du rôle de confident du médecin généraliste	72
6.3.2.3.	Difficultés pour le médecin généraliste	73
6.3.3.	La réassurance	73
6.4.	Le rôle holistique	73
6.4.1.	La prise en charge du patient dans sa globalité.....	74
6.4.1.1.	Médecin de famille.....	74
6.4.1.1.1.	Environnement familial.....	75
6.4.1.1.2.	Prise en charge au long cours	75
6.4.1.1.3.	La relation entre le médecin de famille et le patient.....	75
6.4.1.2.	Prise en charge du patient dans son environnement social	76
6.4.1.3.	Recherche de la cause des symptômes	76

6.4.2.	Rôle du patient dans sa santé	76
6.4.2.1.	Respect de l'autonomie du patient	76
6.4.2.1.1.	Sujets touchés.....	77
6.4.2.1.2.	Freins au respect de l'autonomie du patient	77
6.4.2.1.2.1.	Hygiénisme de la société.....	77
6.4.2.1.2.2.	Peur des conséquences	77
6.4.2.1.2.3.	Conflits éthiques.....	78
6.4.2.2.	Adaptation du médecin au patient.....	78
6.4.2.2.1.	Du discours	78
6.4.2.2.2.	De la pratique	78
6.4.2.3.	Information du patient.....	79
6.4.2.4.	Participation active du patient et travail en partenariat	79
6.4.3.	L'éducation à la santé	79
6.4.3.1.	Sujets abordés	80
6.4.3.2.	Freins à l'éducation à la santé.....	81
6.4.4.	Freins à la prise en charge holistique des patients.....	82
6.4.4.1.	Freins propres aux médecins généralistes.....	82
6.4.4.2.	Freins propres aux patients.....	82
7.	LE « BON » MÉDECIN GÉNÉRALISTE	82
7.1.	Les qualités recherchées chez le médecin généraliste	83
7.1.1.	L'écoute	83
7.1.2.	L'humilité	84
7.1.3.	L'empathie	84
7.1.4.	La disponibilité.....	84
7.1.5.	L'intérêt pour l'humain.....	85
7.1.6.	La conscience professionnelle	85
7.1.7.	La patience	85
7.1.8.	L'altruisme.....	86
7.1.9.	La compétence	86
7.1.10.	L'abnégation	86
7.1.11.	Autres qualités	86
7.2.	Les motivations du choix de la profession de médecin généraliste	86
7.2.1.	L'argent et le statut social	87
7.2.2.	L'envie d'aider.....	87
7.2.3.	La vocation	87
7.2.4.	Les motivations citées seulement après visionnage	87

7.3.	Le médecin généraliste : un être humain.....	88
7.4.	Le bon médecin généraliste : difficile à trouver	89
8.	LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET L'ÉTHIQUE	89
8.1.	Erreurs médicales.....	89
8.1.1.	Causes.....	89
8.1.2.	Reconnaissance par le médecin généraliste de ses erreurs	90
8.2.	Autres	90
8.2.1.	Secret médical.....	91
8.2.2.	Rapports avec les laboratoires pharmaceutiques	91
	DISCUSSION	92
1.	RÉSULTAT PRINCIPAL	92
2.	FORCES ET FAIBLESSES	92
2.1.	Biais	92
2.2.	Points forts de l'étude	93
3.	RÉSULTATS DE L'ANALYSE DES DONNÉES	94
3.1.	Thèmes importants en médecine générale sans évolution franche de la perception qu'en ont les participants.....	94
3.2.	Fonction sociale du médecin généraliste.....	95
3.3.	La surprescription médicamenteuse	97
3.4.	L'épuisement professionnel du médecin généraliste.....	99
3.4.1.	Les causes à l'épuisement professionnel	100
3.4.2.	Les pressions supportées par les médecins	100
3.4.3.	La conciliation entre vie privée et vie professionnelle.....	101
3.5.	L'humanisation de la figure du médecin généraliste	102
3.5.1.	Critiques des médecins généralistes et qualités attendues : évolution du point de vue des participants.....	102
3.5.1.1.	Évolution des critiques	103
3.5.1.2.	Évolution des qualités attendues.....	105
3.5.2.	Mise en opposition des catégories de médecins	106
3.5.2.1.	Les générations de médecins	106
3.5.2.2.	Les lieux d'exercice des médecins.....	107
3.5.3.	Synthèse.....	107
4.	LES PISTES A DÉVELOPPER	108
	CONCLUSION	110
	BIBLIOGRAPHIE.....	113

ANNEXE 1 Motifs de consultation en médecine générale	118
ANNEXE 2 Filmographie.....	119
ANNEXE 3 Guide d’entretiens	122

ABRÉVIATIONS

AESH	: Accompagnant des Élèves en Situation de Handicap
BU	: Bibliothèque Universitaire
CMU	: Couverture Maladie Universelle
CNGE	: Collège National des Généralistes Enseignants
DES	: Diplôme d'Études Spécialisées
EBM	: Evidence Based Medicine
DREES	: Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DVD	: Digital Versatile Disc
HTA	: Hypertension Artérielle
IMDB	: Internet Movie Database
INSERM	: Institut national de la Santé et de la Recherche Médicale
IVG	: Interruption Volontaire de Grossesse
OCDE	: Organisation de Coopération et de Développement Économique
PIB	: Produit Intérieur Brut
SFMG	: Société Française de Médecine Générale
WONCA	: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

INTRODUCTION

Je suis fascinée par les films depuis mon enfance et, avant même de débiter des études de médecine, la question s'est posée pour moi d'une orientation vers des études de cinéma. Déjà lors de mes premières émotions cinématographiques, je percevais que ce média représentait non seulement un reflet de notre monde mais également un puissant vecteur d'idées. Le cinéma, s'il peut être perçu comme reflet de la réalité, n'est pourtant jamais autre chose qu'une interprétation de celle-ci par le réalisateur.

Contrairement à d'autres formes d'expression artistique comme la peinture ou la littérature, le cinéma est accessible à tous sans formation ou culture pré-requise. Ceci explique en partie son succès et sa large diffusion. En 2017, 67,7% de la population française s'est rendue au cinéma au moins une fois dans l'année et toutes les catégories socio-professionnelles, toutes les origines géographiques (Paris/province, ruraux/urbains), tous les âges, tous les sexes y étaient représentés (1)(2). De plus, fin 2017, 25% des internautes déclaraient utiliser un service de vidéo à la demande par abonnement et en 2016, 94% des foyers français possédaient au moins une télévision (3)(4). On peut donc en déduire que le cinéma est un média de masse et que la population des spectateurs de films se rapproche de la population générale en France.

Le médecin généraliste est une figure du quotidien. En 2011, 78% des 17-59 ans avaient consulté au moins une fois dans l'année un médecin généraliste (5). Son image dans la population générale, si elle est plutôt positive, est cependant éloignée de la réalité sur certains points notamment celui des fonctions du médecin généraliste (6)(7).

Des études ont prouvé l'influence des médias (presse écrite, radio, télévision) sur l'opinion publique notamment en matière d'information relative à la santé, ce qui a également été confirmé par des études portant sur des séries télévisées médicales (8)(9). On peut donc, par extension, en conclure que le cinéma a un impact certain sur les représentations, points de vue et opinions des spectateurs.

Les différentes thèses d'internes en médecine s'intéressant au cinéma ont montré que le médecin y est beaucoup représenté (10–12). Qu'il soit ou non le personnage principal, son métier étant ou non au centre de l'intrigue, c'est un personnage tantôt très positif tantôt très négatif, avec toutes les nuances possibles entre les deux. Plusieurs internes ont travaillé sur la représentation du médecin au cinéma mais, à notre connaissance, une seule thèse a spécifiquement parlé du médecin généraliste

en France (11). De plus, les thèses retrouvées n'ont fait que décrire la représentation du médecin dans les fictions cinématographiques ou télévisuelles sans jamais rechercher l'influence que ces fictions peuvent avoir sur les patients, notamment sur la vision qu'ils ont de leur médecin généraliste.

L'objectif principal de cette étude était de démontrer que le visionnage de films choisis pour leur approche réaliste de la profession, faisait évoluer l'image que les patients avaient du médecin généraliste.

ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES

Dans ce chapitre, nous avons présenté les éléments de la littérature à la base de notre travail de recherche. Il s'agit dans une première partie des différents référentiels définissant la médecine générale. Nous avons ensuite détaillé l'image actuelle du médecin généraliste dans la population générale et au cinéma puis l'influence connue du cinéma sur les opinions des spectateurs. La dernière partie nous a permis de présenter les objectifs de ce travail.

1. DÉFINITION DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

A partir des années 70, en France, en Europe et dans le monde, les médecins généralistes se sont regroupés en organismes professionnels. Ils ont ensuite rapidement ressenti le besoin de se définir en tant que profession. De là sont nés différents référentiels donnant un cadre aux rôles des médecins généralistes.

Ces référentiels permettent, comme nous l'avons détaillé ci-dessous, d'organiser une formation similaire pour tous dans le cadre d'un apprentissage initial ou continu. Ils servent également d'outils de négociation avec les pouvoirs publics et sont utiles au cours des démarches d'assurance qualité.

Nous nous sommes basés sur différents référentiels, que nous avons choisis parmi les plus récents et pour la reconnaissance dont ils ont bénéficiée dans la communauté médicale : la définition de la branche européenne de la WONCA de 2002 (13), le référentiel métier du CNGE sorti en 2009 (14) et « Définitions et descriptions des compétences en médecine générale », un article de la revue *Exercer*, 2013 (15).

1.1. Définition de la WONCA (13)

1.1.1. Définition générale

La définition de la WONCA est basée sur la déclaration cadre de l'OMS de 1998 qui caractérise la médecine générale comme **générale, continue, globale, coordonnée, collaboratrice, orientée vers la famille et orientée vers la communauté** (16).

La définition de la WONCA correspond à une interrelation entre les notions de **compétences fondamentales**, de **champs d'activités** et de **dimensions spécifiques à la médecine générale** à prendre en compte.

1.1.2. Détail des compétences fondamentales

Les compétences fondamentales regroupent les différentes **caractéristiques** définies comme des habiletés ou capacités devant être maîtrisées par le médecin généraliste. Les caractéristiques développées sont : le premier contact et la diversité des problèmes à prendre en charge rencontrés, la coordination et l'orientation des soins, l'approche centrée sur la personne dans toutes ses dimensions, l'alliance thérapeutique entre médecin et patient, les soins continus et longitudinaux, la démarche décisionnelle spécifique basée sur la prévalence et l'incidence, la prise en charge de problèmes de santé aigus et chroniques, la prise en charge des maladies à un stade précoce et indifférencié, la promotion et l'éducation pour la santé, la démarche de santé publique et la réponse aux problèmes de santé dans toutes leurs dimensions physique, psychique, sociale, culturelle et existentielle.

Les compétences fondamentales regroupent la gestion des soins de santé primaires **l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes** et **l'orientation communautaire**, les **soins centrés sur la personne**, **l'adoption d'un modèle holistique** ainsi que **l'approche globale du soin**.

1.1.3. Détail des champs d'activité

Ces compétences s'inscrivent donc dans 3 champs d'activité qui sont la **démarche clinique** : champ peu abordé par les participants, la **communication avec le patient** et la **gestion du cabinet médical** qui a également été peu abordé par les participants.

1.1.4. Détail des dimensions spécifiques

Parmi les dimensions spécifiques à la médecine générale, on trouve la **dimension contextuelle** c'est-à-dire le contexte de la personne mais également de la communauté de la culture et de la famille. La deuxième dimension est la **dimension comportementale** c'est-à-dire la capacité professionnelle du médecin généraliste, ses valeurs et son éthique. C'est dans cette dimension qu'est intégrée la notion de conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle. Et enfin, la dernière est la **dimension scientifique**, soit l'approche critique basée sur la recherche et le maintien de cette approche par formation continue et maintien de la qualité.

1.2. Référentiel « métier et compétences des médecins généralistes » du CNGE (14)

Les compétences ici sont définies à partir de situations de soins types. Les caractéristiques et les dimensions spécifiques sont les mêmes que dans la définition de la WONCA. Le référentiel du CNGE précise et étoffe celle-ci.

Les champs d'activités sont enrichis de deux points : les **relations coordonnées avec l'environnement professionnel et les institutions sanitaires et sociales** et les **savoirs faire contribuant au développement et au rayonnement de la discipline de médecine générale**.

C'est dans cette définition que la notion de médecin spécialiste de médecine générale est précisée.

1.3. « Définitions et descriptions des compétences en médecine générale » : revue Exercer (15)

Dans ce document, la médecine générale est définie par le biais de compétences à acquérir. C'est la somme de ces compétences qui constitue la marguerite des compétences en médecine générale.

Cette définition est à la base du programme de formation du DES de médecine générale. À Lyon, le PortfolYon qui est le document permettant de conserver toutes les traces d'apprentissage au cours du DES, est basé sur cette définition de la médecine générale.

Nous avons donc décrit ici les compétences nécessaires qui sont résumées dans la figure 1.

Compétence approche globale, prise en compte de la complexité : Capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée sur le patient selon un modèle global de santé (EBM, Engel, etc.) quel que soit le type de recours aux soins dans l'exercice de la médecine générale.

Compétence éducation, prévention, santé individuelle et communautaire : Capacité à accompagner le patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.

Compétence premier recours, urgences : Capacité à gérer avec la personne, les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quels que soient son âge, son sexe, ou toute autre caractéristique, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.

Compétence continuité, suivi, coordination des soins autour du patient : Capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.

Compétence relation, communication, approche centrée sur le patient : Capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.

Compétence professionnalisme : Capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, à développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une pratique éthique et déontologique, à améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine fondée sur des faits probants, à assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.

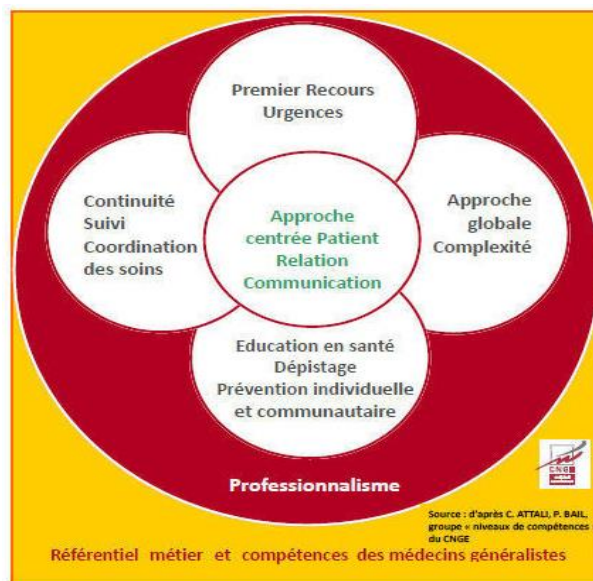


Fig. : marguerite des compétences

Toutes ces définitions se recoupent et établissent un cadre à l'exercice de la profession. D'un point de vue légal, la pratique de la médecine générale en France a été décrite dans un rapport gouvernemental ayant servi de base à la mise en place de la dernière loi santé (17).

2. IMAGE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA POPULATION GÉNÉRALE ET AU CINÉMA

2.1. Image du médecin généraliste dans la population générale

Les médecins généralistes sont 58% à penser qu'ils ont une image et un statut dégradés dans la société et 50% de la population générale le pense également (18)(19). Mais qu'en est-il réellement ?

D'après un rapport de la DREES de 2015, 88% des français sont **satisfaits de la qualité des soins** offerts par leur médecin généraliste et du niveau d'information médicale qu'il leur fournit (6). Le même pourcentage déclare faire confiance à son médecin généraliste. Cette **relation de confiance** est basée sur une **compétence professionnelle** mais aussi sur des capacités d'**écoute**, d'**empathie**, d'**explications** et de **conseils**(20). Ces mêmes patients estiment que les médecins généralistes sont « Très à l'écoute des problèmes » (69 %), « Disponibles » (65 %) et « Attentifs aux problèmes » (55 %) (20). Du point de vue des compétences du médecin généraliste, les patients leur font confiance dans leur grande majorité (91%) (20).

A priori, les médecins généralistes ont donc les qualités requises d'après les patients pour exercer leur métier. On retrouve cependant des patients souhaitant un médecin disponible alors qu'ils sont bien conscients que les médecins généralistes ne peuvent plus être appelés au milieu de la nuit.

Du point de vue des **conditions de travail** du médecin généraliste, les patients ont une image proche de la réalité, c'est-à-dire une amplitude horaire importante (50 à 60h) par semaine, des gardes et une idée assez précise de l'organisation d'un cabinet médical (7).

Le rôle du médecin généraliste a été défini ci-dessus mais quelle image en a la population générale ? Ces rôles seraient essentiellement l'orientation et la coordination des soins en plus de la prise en charge de pathologies bénignes. Les patients ne semblent pas conscients du rôle du médecin généraliste dans les prises en charge globales et complexes. Sur la question de la médication, ils sont 74% à estimer que les médecins généralistes en général prescrivent trop mais 17% seulement à considérer que leur médecin généraliste prescrit trop (20).

Cette bibliographie nous montre donc des patients globalement satisfaits de leur médecin généraliste contrairement à ce que ces derniers pensent. Ils n'ont une connaissance que partielle de leurs rôles mais sont bien au fait de leurs conditions de travail.

2.2. Représentation du médecin généraliste au cinéma en France

La bibliographie sur le sujet, nous montre qu'en France, la médecine est très présente au cinéma (10–12). Il en existe des personnages positifs et négatifs, réalistes ou non et dans tous les genres cinématographiques (horreur, comédie, drame, fantastique...).

Sur le plan du médecin généraliste, lorsqu'il est représenté au cinéma, sa profession est en général un marqueur social (11). Il n'est que peu représenté dans l'exercice de ses fonctions et encore moins de façon réaliste.

De plus la répartition des rôles est bien définie entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste. Le médecin généraliste est un personnage de films d'auteurs alors que les médecins spécialistes et les chirurgiens font partie des films plus grands publics et à ce titre ont une meilleure exposition dans la population générale. Malgré cela, au fur et à mesure des années et grâce notamment au jeu des rediffusions, les films s'éloignent généralement de leurs spectateurs-cibles et rencontrent un public plus proche de la population générale (21).

À ce titre on peut considérer que les films représentant les médecins généralistes au cinéma peuvent à terme atteindre un public cible beaucoup plus large.

3. INFLUENCE DU CINÉMA SUR L'OPINION DES SPECTATEURS

Sans que cela ait été étudié spécifiquement dans le cadre des films représentant des figures médicales, la littérature montre cependant que le cinéma a un impact certain sur les opinions des spectateurs.

Une étude américaine portant sur l'opinion des spectateurs sur le gouvernement américain, après le visionnage de 2 films en rapport (*Argo* et *Zero dark thirty*), montre une évolution de l'opinion chez 25% de ceux-ci (22). Elle tempère ces propos en notant que ceci concerne plus les jeunes spectateurs et en notant également qu'on ne connaît pas pour l'instant la durée de cette influence.

Plusieurs études américaines ont montré l'influence des médias d'information sur l'opinion publique en matière de problèmes de santé puis de l'influence des séries télévisées médicales sur les connaissances supposées des spectateurs sur ce thème (8)(9). Trente-deux pour cents (32%) des américains spectateurs d'Urgences estiment qu'ils ont plus de connaissances sur ce thème après visionnage d'un épisode et ce visionnage encourage 15% d'entre eux à prendre rendez-vous avec leur médecin généraliste lorsqu'ils ont un problème en rapport avec ce qu'ils ont visionné.

Sur le plan de l'image du médecin, Patrice Pelloux déclarait il y a quelques années qu'Urgences avait changé le comportement de nombreux patients arrivant dans son service, car ils avaient pris conscience du stress dans lequel travaillait le personnel soignant (23). Cependant nous n'avons pas retrouvé d'étude spécifique sur cette question.

Donc les spectateurs, américains notamment, surtout les plus jeunes, sont influencés dans leurs opinions par la diffusion d'informations que ce soient les séries, les films ou les journaux sans que nous connaissions la durée de cette influence.

4. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Comme nous l'avons vu, la population générale a une image plutôt fidèle de l'organisation du travail du médecin généraliste mais pas forcément de ses fonctions, de ses rôles. Les compétences nécessaires à la pratique de la médecine générale ne sont pas bien connues du grand public.

Le cinéma par ailleurs est connu pour influencer l'opinion que les spectateurs ont du sujet traité dans les films.

Notre hypothèse était donc que le visionnage de films montrant le médecin généraliste dans l'exercice de ses fonctions pouvait faire évoluer l'image du médecin généraliste chez les spectateurs.

Pour ce faire, nous avons mis en place une étude qualitative qui confronterait l'image que les participants ont du médecin généraliste avant et après visionnage de 3 films choisis pour leur représentation considérée comme réaliste de la profession de médecin généraliste.

Nous avons voulu montrer que le cinéma faisait évoluer l'image que les patients avaient du médecin généraliste, puis évaluer dans quelle mesure et sur quels domaines cette évolution portait.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. TYPE D'ÉTUDE

Il s'agissait d'une étude qualitative. Il a été choisi d'utiliser un recueil de données par entretiens semi-dirigés.

2. CHOIX DES FILMS

Pour le choix des films à faire visionner aux participants, la première étape a été une présélection à partir de travaux précédents portant sur la représentation du médecin généraliste au cinéma (10,11,24). Nous avons choisi de nous limiter aux films représentant des médecins français car les systèmes de santé étant tous différents, le rôle du médecin généraliste et son rapport au patient est différent d'un pays à l'autre.

Nous avons tout d'abord visionné les 67 films listés représentant des médecins généralistes français (ANNEXE 2). Tous les films ne faisant pas partie de notre collection personnelle ont été empruntés à des proches ou à la bibliothèque municipale.

Nous avons ensuite choisi, après visionnage, les films ayant comme personnage principal un médecin généraliste et dont le thème principal serait sa profession. Il était impératif qu'on le voit dans l'exercice de celle-ci au moins la moitié du temps et qu'il donne à voir la réalité du métier avec une prise en charge nous semblant en accord avec cette réalité. Nous voulions donc une palette de situations compatibles avec l'exercice de la médecine générale tel que défini ci-dessus. Par ailleurs, nous avons choisi des films récents (postérieurs à 1995) afin que la représentation du médecin généraliste soit la plus proche possible de la réalité. Le réalisme de ces 3 films est assuré également par le lien avec la médecine générale d'une partie des personnes impliquées dans la genèse de ces films : le réalisateur de « Médecin de Campagne », l'écrivain du livre dont est tiré « La maladie de Sachs » et le médecin filmé pour « La consultation » sont tous 3 médecins généralistes. Par ailleurs Albert Dupontel, l'acteur jouant Bruno Sachs, a débuté des études de médecine qu'il a arrêtées prématurément.

Trois films ont donc été sélectionnés afin de les faire visionner aux sujets de l'étude : **La Maladie de Sachs** de Michel Deville (25), **Médecin de Campagne** de Thomas Lilti (26) et **La Consultation** d'Hélène de Crécy (27).

Barberousse d'Akira Kurosawa est un film représentant la formation d'un interne en médecine par compagnonnage au Japon au 19^{ème} siècle. Nous n'avons pas conservé ce chef d'œuvre tant cinématographique que médical dans notre sélection car le personnage était trop éloigné du médecin généraliste français de 2018. Malgré cela, il a retenu notre attention. L'actualité du propos sur la nécessaire qualité d'écoute attentive, l'apprentissage de la prise en charge holistique et la formation des étudiants en médecine et internes nous ont frappés.

2.1. La maladie de Sachs (25)

« La Maladie de Sachs » a été réalisé par Michel Deville en 1999. Ce film est tiré du livre éponyme et en partie autobiographique de Martin Winckler (28).

Il relate le quotidien d'un médecin généraliste, Bruno Sachs, d'un petit bourg de province entre visites à domicile, consultations au cabinet et vacations en centres d'IVG. Le film donne l'occasion au spectateur de découvrir le médecin à travers le prisme du regard de ses patients et de leurs remarques parfois élogieuses et parfois acerbes. Il nous montre un médecin généraliste un peu négligé, pas toujours de bonne humeur mais qui réunit dans sa pratique toutes les qualités nécessaires à une bonne prise en charge du patient : patience, pertinence, empathie, écoute. Les motifs de consultations sont très divers et représentent donc la médecine générale dans sa transversalité : petits bobos, gestes techniques, plaintes somatiques, souffrances psychiques, accompagnement de personnes en fin de vie... Il est en outre fréquemment sollicité pour résoudre des problèmes extra médicaux. Tous ces éléments font ressortir les difficultés de la profession : la maladie de Sachs n'est-elle pas l'autre nom de l'épuisement professionnel ?

Les critiques retrouvées ne sont pas unanimes.

Pour C. Broussouloux ce film est quasiment hagiographique (24). Pour S. Parisot ce film est « réaliste, juste et sensible » (10). Pour FX Ageron le docteur Sachs est un « véritable saint laïque » (11).

La presse cependant juge dans l'ensemble ce film réaliste (29).

Figaroscope : « Un film captivant comme un suspense, tendre comme une romance et riche de vérité humaine comme une enquête bien nourrie ».

Les Échos : « Un film qui va au-delà du simple réalisme, qui nous rappelle, avec dignité et tendresse, les malheurs et les heurs de notre condition, qui nous parle, tout simplement, de la mort et de la vie. Un film... humaniste, en somme ».

La critique de Télérama décrit surtout la difficulté du métier principalement montrée dans ce film : « Ce docteur est aussi malade que ses patients, en fait. Son mal s'appelle la « maladie de l'humain ».

Pas mortelle, mais inguérissable : on plonge dans la souffrance des autres et on n'en voit plus le bout... ».

2.2. Médecin de campagne (26)

« Médecin de Campagne » de Thomas Lilti réalisé en 2016, et nommé « Irreplacable » en anglais, relate également le quotidien d'un médecin généraliste de campagne qui présente des difficultés à accepter une remplaçante nouvellement diplômée pour le seconder. Celle-ci est envoyée par un de ses collègues neurologue pour soulager le médecin qui doit faire face à une pathologie tumorale cérébrale.

Ce qui est montré dans ce film c'est le quotidien, exigeant, pour ce médecin disponible 24h/24, qui est au centre du tissu social du village. Comme dans le film précédent, celui-ci représente la médecine générale dans ce qu'elle a de plus divers : médiation familiale, prise en charge de souffrance psychique, suivi de pathologies chroniques, prise en compte de l'environnement social... Cependant quelques scènes semblent exagérer l'implication du personnage dans son travail et forcer ainsi l'empathie que l'on peut ressentir pour lui. Il va par exemple kidnapper une personne âgée à l'hôpital car il lui avait promis une mort plus douce à domicile. Cette scène sert à montrer au spectateur que le médecin est digne de confiance, qu'il respecte sa parole mais également qu'il considère sa profession comme un sacerdoce.

La majorité des critiques soulignent le réalisme du film (30).

À voir-A lire : « *Une observation brute et lucide de la médecine rurale qui n'oublie pas pour autant les sentiments et qui laisse surtout une belle place à l'humain* ».

Culturebox : « *Ce qui aurait pu être un chapelet de clichés, surprend et retient continuellement l'attention : passionnant, émouvant et juste* ».

Télérama : « *Le film décrit parfaitement ce rapport particulier à une communauté, mélange de servitude, de compassion et d'autorité. François Cluzet apporte au rôle une humanité bourrue qui renforce encore l'effet de réalité* ».

2.3. La consultation (27)

« La Consultation » est un documentaire d'Hélène de Crécy réalisé en 2005 qui suit un médecin généraliste lyonnais, Luc Perino, dans ses consultations. Ce documentaire n'est pas monté avec des voix off mais les scènes de consultation sont parfois entrecoupées par les commentaires du médecin généraliste. Ce film étant un documentaire, l'élément recherché ici est son réalisme dans la manière dont il montre les situations auxquelles est confronté ce médecin. Les différentes consultations

filmées nous dépeignent encore une fois une profession confrontée à une grande diversité de situations. Certaines pathologies semblent très représentées, de façon plus importante que dans les moyennes nationales de consultation chez le médecin généraliste : les pathologies psychiatriques (ANNEXE 1).

Encore une fois les critiques soulignent le réalisme et l'humanité de ce médecin généraliste (31).

Le Monde : « *La consultation a le mérite de ne rien cacher de la réalité du métier* ».

Elle : « *Un documentaire sobre et efficace qui prend, entre les quatre murs du cabinet d'un généraliste, le pouls de la société française aujourd'hui* ».

TélécinéObs : « *un portrait en creux de notre société et une " liste " des maux actuels : harcèlement au travail, vieillesse isolée, dépressions... Instructif à défaut d'être rassurant.* ».

3. POPULATION ÉTUDIÉE

Le critère d'inclusion était de n'avoir vu aucun des 3 films sélectionnés. Les personnes recrutées devaient se rendre disponibles pour les 2 entretiens et 6h de visionnage. Ils devaient enfin s'engager à nous mettre en contact avec un autre participant, ceci afin de respecter le mode de recrutement choisi.

Les critères d'exclusion étaient les contraintes matérielles empêchant la lecture des DVD, exercer une profession médicale ou paramédicale et être mineur.

4. RECRUTEMENT

Le recrutement a été effectué par la méthode du *snowballing* (32). Cette technique d'échantillonnage est validée pour la recherche qualitative permettant l'identification des sujets d'intérêt à partir de personnes qui connaissent d'autres personnes susceptibles d'être de bons participants à une enquête.

L'obtention de la plus grande objectivité possible en termes de thématiques et de réponses, et l'optimisation de la saturation des données dans le temps imparti justifient le choix de ce mode de recrutement. Celui-ci s'est fait au fur et à mesure du travail sur une période de 1 an et demi (août 2016-mars 2018).

5. ENTRETIENS

5.1. Description du guide d'entretien

Le guide d'entretien (ANNEXE 3) a été établi de manière à structurer les informations tout en restant « souple ». Il a été conçu avec des questions indépendantes les unes des autres de manière à s'affranchir d'une chronologie. Le guide d'entretiens a évolué au fur et à mesure des entretiens pour s'enrichir de nouvelles thématiques non envisagées au préalable et s'affiner.

Il ne s'agissait pas de discuter du film mais bien de pouvoir comparer l'évolution de l'image de la profession qu'en a le participant au cours du travail. Les données recueillies portant sur la qualité du film ou des éléments techniques sur celui-ci n'ont pas été prises en compte pour cette étude.

Plusieurs règles ont été fixées pour son écriture :

- les questions abordées devaient être concordantes avec la question de recherche et correspondaient aux objectifs de l'étude.
- Il devait être constitué de questions courtes, ouvertes, faciles à comprendre et neutres (la formulation ne devait pas influencer la réponse).

5.2. Description du recueil de données

Les entretiens ont été réalisés entre août 2016 et mars 2018.

Ils étaient faits au domicile du participant ou de l'intervieweur (Clémence Jouault) en présence seulement de ces 2 personnes.

Tous les entretiens ont été enregistrés sur ordinateur et chronométrés afin que les notes prises en cours d'entretiens puissent être facilement situées.

La méthode d'entretien a été travaillée sur des manuels spécialisés (33,34).

Les témoignages personnels étaient accueillis sans jugement et valorisés. L'attitude de l'intervieweur et l'utilisation de divers outils de communication (pause active, approfondissement, reformulation, renforcement positif, réponses neutres) contribuaient à la qualité de l'entretien.

6. EXPLOITATION DES RÉSULTATS

L'analyse des données a été effectuée au fur et à mesure des entretiens.

6.1. Transcription verbatim des données

Tous les entretiens ont été retranscrits à l'écrit dans leur intégralité. Des renseignements sur les signes non verbaux ont été ajoutés lorsqu'il a été jugé nécessaire. L'anonymat a été établi et respecté dans toute la transcription. Toutes ces données retranscrites constituaient les « données-source ».

6.2. Analyse des données

Ces « données-source » ont été analysées par codage dans des tableaux. Cette analyse répondait à différents critères que nous avons fixés :

- Elle devait être **reproductible**. Tous les entretiens ont donc été codés 2 fois par nos soins puis relus en totalité avec discussion sur les points de désaccord avec 2 relecteurs (notre directeur de thèse : Dr Nicolas Prothon et Amélie Jouault : médecin généraliste).
- Elle devait être **évolutive**. Le premier tableau de codage a été utilisé pour le suivant avec rajout d'entrées si besoin. Le deuxième tableau de codage a été utilisé pour le troisième et ainsi de suite jusqu'au dixième. Ceci permettait d'adapter le guide d'entretiens et de repérer le moment où l'on approchait de la saturation des données.
- Toutes ces informations ont ensuite été mises en commun pour faire un tableau de codage définitif qui regroupait toutes les informations pertinentes et dans lequel la totalité des entretiens ont été codés : **codage axial**.
- Enfin, une **analyse interprétative** était réalisée dans la partie « Discussion ». Ses objectifs étaient divers. Il s'agissait de comparer entre elles les idées existant dans les entretiens avant et après visionnage, mais aussi de les comparer avec ce qui avait été trouvé dans la bibliographie.

6.3. Logiciels utilisés

L'analyse des données a été réalisée via deux logiciels :

- Le logiciel de traitement de texte WORD 2016,
- Le logiciel de tableur EXCEL 2016.

Un temps envisagée, l'utilisation du logiciel NVIVO a finalement été écartée. Nous avons donc réalisé le codage de manière « manuelle » selon la technique dite « des tables longues ».

6.4. Présentation des résultats dans la thèse

La synthèse de chaque thème trouvé et de ses catégories a été présentée succinctement avec une ou deux citations. Ces verbatim ont été présentés en rouge s'ils étaient issus d'entretiens avant visionnage et en bleu s'ils étaient issus d'entretiens après visionnage. Les citations ont été choisies en fonction de leur pertinence ou de leur représentativité. Les verbatim ont été présentés en italique avec l'identification du participant de P1 à P10 et l'identification de l'entretien E1 : avant visionnage ou E2 : après visionnage.

7. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Les bases de données utilisées pour la bibliographie ont été : Pubmed et EMconsult. La base de recherche IMDB a également été utilisée pour les recherches d'informations concernant les films. Par ailleurs, le site de recherche Ecosia a été utilisé pour les rapports d'organismes publics. L'accès aux documents dans leur intégralité a été favorisé par l'abonnement de la BU santé Lyon 1.

La recherche bibliographique a été réalisée entre mai 2016 et août 2018. Une veille bibliographique mensuelle a été maintenue tout au long du travail. L'aide du service de recherche documentaire de la BU Lyon 1 a été sollicitée. Les références bibliographiques ont été répertoriées et triées à l'aide du logiciel « Zotero ». Nous avons, dans le cadre de notre cursus, bénéficié d'une formation spécifique à ce logiciel.

RÉSULTATS

Nous avons effectué 10 entretiens avant visionnage d'une durée moyenne de 39,56 min et 10 entretiens après visionnage d'une durée moyenne de 49,69 min.

1. PROFIL DES PARTICIPANTS

Dix personnes ont été recrutées. Elles ont été identifiées à l'aide d'un numéro selon leur ordre chronologique de recrutement de P1 à P10.

L'échantillon comprenait 6 femmes et 4 hommes avec un âge moyen de 36,5 ans et des âges extrêmes de 18 à 65 ans.

Les statuts maritaux étaient divers : marié.e, divorcé.e, en concubinage, célibataire. Cinq participants avaient des enfants.

Les métiers des participants : AESH en école primaire, étudiant.e, formateur.ice dans le domaine de la solidarité, cadre dans le domaine de la petite enfance, artisan.

Leur rapport au cinéma était divers que ce soit sur la fréquence à laquelle ils regardaient des films (1 à 10 fois par mois), le type de films qu'ils regardaient (*blockbusters* anglo-saxons, cinéma d'auteur brésilien, comédies françaises entre autres) ou leurs modalités de choix de films (conseils amicaux, journal télévisé, émissions de radio ou films diffusés à la télévision).

1.1. Rapport avec leur médecin

Neuf participants ont un médecin traitant déclaré.

Le nombre annuel de consultations chez le médecin généraliste par participant était de 1,8 à 1,5 (avant et après visionnage) consultations par an alors qu'elle est de 6,3 pour la consultation de tous les médecins (omnipraticiens et spécialistes)(5). Nous n'avons pas trouvé de chiffres sur le nombre annuel de consultations chez les médecins généralistes seulement.

Le choix du médecin traitant chez les participants se faisait par **hasard** « *Je trouvais des coordonnées sur internet.* » (P4E2) ou en gardant leur **médecin de famille** « *Je suis restée avec le médecin de famille malgré la distance.* » (P1E1).

Les éléments importants qui conditionnaient le choix étaient la **proximité géographique** « *J'en appellerais un sûrement dans le coin.* » (P2E1), des **conseils** « *C'est une amie qui me l'a conseillée.* » (P9E2), le **sexe du médecin** « *Il y a des personnes qui sont plus naturellement à l'aise avec des personnes d'un sexe ou de l'autre.* » (P4E2), les **compétences particulières du médecin** « *Parce que*

elle est aussi gynécologue, qu'elle est aussi homéo. » (P9E2) ; « J'ai aussi vu des médecins qui étaient plus tournés vers de la diététique. » (P9E1) et la bonne entente avec le médecin « Je l'ai rencontrée et c'est vrai qu'elle m'a plu. » (P9E2). Lors du second entretien, les différences observées correspondaient aux participants qui ne s'étaient pas prononcés sur ce point.

1.2. Motifs de consultation

Dans l'ordre croissant de fréquence de citations, on retrouvait la réalisation d'un *check-up* et/ou d'un certificat médical, la vaccination, la visite de suivi puis le surmenage professionnel. On retrouvait ensuite les pathologies en rapport avec les épidémies hivernales (sinusites, bronchites, gripes) mais surtout pour des arrêts de travail liés à ces pathologies. La demande de prescription : examens sanguins, examens d'imagerie, médicaments, arrivait ensuite.

2. L'IMAGE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

2.1. Image du médecin généraliste chez les participants

Après visionnage, plus de participants décrivaient leur image du médecin généraliste comme positive, aucun ne la décrivait comme négative contrairement au premier entretien, et moins de participants estimaient que cela dépendait du médecin.

« C'est ni positif ni négatif. Je pense que pour moi c'est vraiment une affaire de personne. » (P7E1) ; « Plutôt positive je pense. » (P8E1) ; « Je n'ai pas une vision très très positive quand même en règle générale de de la médecine. » (P10E1)

« Je n'ai plus exactement la même vision depuis les films. » (P2E2) ; « Je dirais que j'ai plutôt un ressenti positif sur ces gens-là. » (P5E2) ; « C'est vraiment intéressant de l'entendre parler après en dehors parce qu'on a plus d'empathie pour lui. » (P9E2)

2.2. Image du médecin généraliste dans la population générale

Les participants pensaient dans l'ensemble que la population générale n'avait pas le même avis qu'eux sur les médecins généralistes. Après visionnage ils étaient moins nombreux à penser que la population générale avait une bonne image des médecins généralistes.

« Je veux dire, même si on râle contre le médecin je pense que les gens ont une bonne image du médecin. » (P5E1) ; « Je pense qu'ils n'en ont pas forcément une très bonne image, ils le voient plutôt mal. » (P8E1)

« Je pense qu'il y a toujours un peu l'idée que les médecins, certains c'est un peu des planqués qui veulent s'occuper des mémères ou des gens qui ont du pognon et qu'ils ne veulent pas trop se prendre la tête. » (P3E2)

Les autres caractéristiques citées avant visionnage étaient : un personnage **aisé** sur le plan financier « Bah les critiques c'est quand même que... ils gagnent beaucoup d'argent. » (P1E1) et un personnage **intelligent** « C'est tous ces gens où tu sais qu'ils ont fait des études très très très longues et que déjà tu te dis qu'ils doivent être bien bien intelligents. » (P9E1).

Après visionnage, on retrouvait d'autres éléments cités comme plus négatifs : **reproduction sociale** « C'est un phénomène beaucoup de reproduction sociale. Et du coup en fait c'est quelque chose qui peut être perçu un peu négativement. » (P3E2), **l'indifférence face au médecin généraliste** « J'ai jamais eu l'impression que le médecin avait une grande part dans la vie des gens. » (P2E2) et le fait que **le médecin généraliste n'ait pas le droit à l'erreur** pour la population générale « C'est un professionnel comme un autre, sauf qu'en plus de ça c'est un professionnel qui n'a pas le droit à l'erreur. » (P2E2).

2.3. Image du médecin généraliste au cinéma

Avant visionnage, ils étaient la moitié à noter que le médecin généraliste n'était pas une figure cinématographique. Ce point n'a plus été abordé après visionnage.

« C'est vrai qu'en y pensant les médecins généralistes on ne les voit pas trop dans les films et les séries tout ça et du coup je pense que ça donne une image un peu floue en fait du médecin généraliste. » (P8E1) ; « Je ne me rappelle pas que le cinéma m'ait transmis une image particulière du médecin généraliste. » (P10E1)

Ils étaient plus nombreux après visionnage à estimer que la représentation du médecin généraliste au cinéma était fidèle et moins nombreux à estimer qu'elle était idéalisée.

« Ce qui ressort le plus peut-être dans le cinéma et les séries c'est que le médecin c'est une sorte de super héros. » (P3E1) ; « Je pense qu'il donne plutôt une bonne image ! » (P5E1)

« Je trouve que c'est un peu mitigé, notamment dans les films. » (P8E2) ; « Ça m'a paru vraisemblable on va dire mais caricatural » (P9E2) ; « Je pense que sa vie de médecin généraliste telle qu'elle est représentée est assez réaliste pour un médecin généraliste de campagne. » (P9E2)

Après visionnage, plusieurs éléments étaient soulignés par les participants :

- le **rôle social du médecin généraliste** est très représenté à l'écran, ce qu'ils ne précisaient pas avant visionnage.

« Je trouve que ce qui est ressorti aussi moi que j'avais pas autant mesuré que ça, c'était toute la dimension sociale de leur job. » (P7E2)

- les médecins généralistes sont tous représentés de la **même façon** : 3 hommes, d'âge moyen, d'un style classique.

« Déjà dans les 3 c'est des hommes. » (P3E2) ; « Il avait vraiment la tête du médecin comme on se l'imagine. » (P3E2) ; « Tu verras jamais un médecin baba cool quoi tu vois. Il y a un côté un peu professoral quand même. » (P7E2)

- **l'argent n'est pas représenté** dans les films.

« Dans les 3, si ma mémoire est bonne, à aucun moment t'en as 1 de tous les médecins généralistes qu'on voit qui dit « ça fera tant ». » (P7E2)

Un participant note avant et après visionnage que la représentation du médecin généraliste au cinéma pourrait avoir un rôle d'éducation.

« Le cinéma, il peut montrer aussi des facettes qu'on ne côtoie pas tous les jours, faire lever certaines peurs ou appréhensions sur des choses qu'on ne connaît pas. » (P6E1)

« Le regard, montrer l'investissement de ces médecins c'est important, parce qu'il y a des gens qui ne se posent même pas la question. » (P6E2)

3. ORGANISATION DU TRAVAIL DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Les participants se sont exprimés sur leur perception de l'organisation du travail du médecin généraliste (horaires, vacances, rendez-vous...). Leur perception avant et après visionnage était la même.

« J'ai l'impression de me rendre mieux compte de ce que c'est juste le quotidien d'un médecin généraliste, la journée d'un médecin généraliste qui doit planifier ses rendez-vous ou alors qui a des jours sans rendez-vous où ça a l'air d'être sacrément tendu... » (P10E2)

Ils sont plus nombreux après visionnage à exprimer qu'il existe une différence importante dans l'organisation du travail entre médecin généraliste de ville et de campagne.

« J'imagine que ça dépend énormément de l'endroit où il exerce, que les conditions ne sont pas du tout les mêmes en milieu rural ou en milieu urbain. » (P10E1)

« L'organisation d'un médecin généraliste à la ville et l'organisation d'un médecin généraliste à la campagne j'imagine que ça n'a absolument rien à voir » (P10E2) ; « Ils sont obligés de donner plus d'eux-mêmes à la campagne c'est clair ! » (P6E2)

3.1. Amplitude horaire importante

La majorité des participants estimaient avant et après visionnage que les horaires des médecins généralistes étaient très, voire trop importants.

« Je crois qu'elle arrive vers 8h le matin et qu'elle doit finir vers 20h le soir, que le temps du midi, elle a parfois pas le temps de manger tellement elle travaille. » (P1E1) ; « Il est ouvert de 8h du matin à 9h30 le soir donc moi je trouve que c'est trop, c'est trop de boulot. » (P5E1)

« C'est un vrai sacerdoce qu'ils vivent ces gens-là parce que je vois la plage horaire dans laquelle ils travaillent. » (P5E2) ; « Des grosses journées, tôt le matin et plutôt tard le soir avec peu ou pas de pause à midi. » (P8E2)

Les éléments expliquant ce temps de travail trop important ont été détaillés par les participants.

La principale raison évoquée était la **demande des patients**, les **sollicitations** importantes.

« Ils ont des rendez-vous des rendez-vous donc il faut bien qu'ils contentent leurs patients. » (P5E1) ; « Quand t'es malade le matin et que ta mère s'en inquiète à 9h et qu'elle t'emmène chez le médecin à 10h du coup il est forcément un peu pris au dépourvu. » (P2E1)

Après visionnage, un nombre plus important de participants trouvait cette raison prépondérante.

« Quand on est fermé et que les gens arrêtent pas d'appeler parce qu'ils ont besoin de voir quelqu'un, en fait peut-être que de facto même sans le vouloir on finit par étendre ses horaires de travail plus qu'on le voudrait. » (P3E2)

La deuxième raison évoquée était le **nombre insuffisant de médecins** voire la **désertification médicale** qu'un nombre plus important de participants a évoquée après visionnage.

« C'est compliqué je pense que peut-être qu'il n'y a pas assez de médecins aussi. » (P9E1) ; « Vous pouvez pas être suffisamment nombreux pour pouvoir répondre à tout le monde. » (P5E1)

« Les déserts médicaux ça existe bel et bien et si, dans la ville, d'à côté le dernier médecin s'en va, et bien tu as beau avoir plein de cli... de patients, tu dois quand même peut-être en prendre et du coup ça te rajoute du travail. » (P1E2) ; « Je pense qu'il n'y a pas assez de toubibs. » (P5E2)

Après visionnage, les participants estimaient que cette désertification était plus importante à la campagne.

« Si on est en milieu rural il n’y en a pas beaucoup déjà de médecins et du coup il faut être un peu disponible. » (P4E2)

Après visionnage moins de participants estimaient que le **médecin généraliste était compliant** vis-à-vis de cette organisation de travail.

« Je pense que ça dépend vraiment de la personnalité des gens. » (P3E1)

« C’est une profession libérale donc en théorie leur temps libre c’est eux qui l’adaptent. » (P3E2)

Enfin, après visionnage il y a moins de participants qui exprimaient la recherche d’une **rémunération** plus élevée comme moteur à un temps de travail important.

« Est-ce que des médecins généralistes blindent absolument leur emploi du temps pour avoir le plus possible d’argent ? » (P10E1)

« Ils sont peut-être obligés de faire autant de consultations pour arriver à s’en sortir financièrement je sais pas. » (P5E2)

3.2. Rémunération

La rémunération était plus fréquemment jugée « insuffisante » après qu’avant visionnage.

« Je pense que les médecins, ça doit être rarissime d’en trouver un qui a des problèmes d’argent. » (P3E1) ; « Mine de rien quand même, avec toutes les compétences que ça demande euh... bah ils sont pas chers payés quoi... » (P7E1)

« Je trouve que non c’est pas assez. Ramené au taf d’heure je suis pas sûre qu’un médecin généraliste ça gagne si bien sa vie que ça. » (P7E2) ; « Un médecin généraliste ça doit pas être énorme. » (P5E2)

3.3. Intérêt des patients pour les conditions de travail des médecins généralistes

Ce point n’a été abordé par les participants qu’après visionnage.

« De toute façon je pense que le patient quand il va chez le médecin il se pose pas du tout ce genre de questions. » (P6E2) ; « C’est vrai que quand on y va on pense à soi et on ne se pose pas forcément la question de, finalement ce médecin est-ce qu’il est dispo est-ce qu’il ne l’est pas, est-ce qu’il est pressé est-ce qu’il ne l’est pas? » (P6E2)

4. CARACTÉRISTIQUES DU TRAVAIL DE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Cette partie détaille le risque d'épuisement professionnel du médecin généraliste et ses causes puis la difficile conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle et enfin les points positifs de la profession de médecin généraliste.

« *Je pense que c'est pas un métier facile.* » (P8E1)

« *Il y a le métier qui des fois n'est pas simple à gérer, qui génère beaucoup de travail, du stress, un empiètement sur sa vie personnelle.* » (P6E2)

4.1. Risque d'épuisement professionnel

Les participants estimaient que le médecin généraliste exerce un travail fatigant, ce qui a été plus noté après visionnage. D'après les participants, cela augmente le risque d'épuisement professionnel. Ils l'ont plus évoqué après visionnage.

« *En tant que médecin pour se préserver soi et se retrouver là-dedans ouais c'est pas évident.* » (P9E1)

« *Moi quelque part j'ai toujours pensé qu'être médecin généraliste c'était ce qu'il y avait de plus difficile.* » (P7E2); « *Le petit côté burn-out, je pense que ça doit toucher beaucoup de médecins.* » (P3E2); « *J'ai toujours eu cette impression là quand même, même en allant voir le médecin généraliste, c'est un peu une profession de foi ce métier quand même !* » (P7E2)

4.1.1. Causes d'épuisement professionnel

4.1.1.1. Avant visionnage

Les différentes causes sont listées dans l'ordre décroissant du nombre d'évocation.

Causes	Verbatim
Temps de travail important	« <i>Le fait des horaires de travail et tout, à mon avis c'est franchement pas très cool quoi.</i> » (P7E1)
Charge mentale	« <i>Je pense qu'aussi ta tête elle est peut être beaucoup prise...</i> » (P1E1); « <i>C'est pas quelque chose qu'on peut oublier complètement quand on rentre chez soi.</i> » (P2E1)
Enchaînement des consultations	« <i>Émotionnellement je pense que c'est dur d'enchaîner...</i> » (P9E1); « <i>Tu fais ce que tu peux pour trouver le juste milieu entre leur consacrer assez de temps et en même temps pouvoir passer au suivant.</i> » (P9E1)
Rapport à la mort	« <i>Je pense déjà que c'est très dur psychologiquement. Tu as quand même</i>

Causes	Verbatim
	<i>très régulièrement je pense des gens qui décèdent, ou quand tu apprends que un de tes patients à un cancer et que dans trois mois il est parti... je pense que c'est dur à vivre. » (P1E1)</i>
Sollicitations/forte demande	<i>« J'ai l'impression que les médecins généralistes sont tout le temps débordés. » (P4E1) ; « Je pense qu'ils sont pas assez nombreux, qu'ils ont trop de demandes. » (P5E1)</i>
Obligation de résultat	<i>« Le patient vient pour, avec une obligation de résultat je dirais. » (P5E1)</i>
Confrontation à la pauvreté	<i>« Je pense que globalement quand on est confronté à des gens qui sont dans des situations difficiles, c'est pas très épanouissant. » (P3E1)</i>
Responsabilités	<i>« Il y a forcément une prise de décision qui est quand même vachement compliquée j'imagine quand on est médecin. » (P10E1)</i>
Questionnements moraux	<i>Sur la nécessité de garder le secret : « Il y a des gens qui meurent très vite comme ça et tu n'en sais rien et au final le médecin ne peut rien dire, et je pense que ça doit peut être les impacter. » (P1E1)</i>
Questionnements sur la qualité de son travail	<i>« Je pense que les premières années oui forcément ils doivent ramener les soucis de leurs patients à la maison, leurs interrogations aussi et leurs réponses qu'ils ont données, peut-être en n'étant pas trop sûrs ou une prescription mal donnée ou un oubli ou... » (P5E1)</i>
Contexte sociétal	<i>« Ça fait qu'il y a plein plein de gens qui travaillent dans le milieu médical qui ne sont pas au meilleur de leurs moyens, qui seraient peut-être plus efficaces, mieux avec eux-mêmes et qui travailleraient mieux si le contexte était différent quoi. » (P9E1)</i>
Diversité des cas	<i>« Je pense que on voit toutes sortes de personnes en consultation et que des fois c'est pas tout le temps évident. » (P8E1)</i>
Lassitude	<i>« Je me dis qu'avec l'âge, quand tu approches de la retraite, tu peux peut-être en avoir marre en fait. » (P1E1) ; « Ça c'est peut-être ceux qui sont confrontés à beaucoup de situations difficiles et justement au bout d'un moment, bah l'empathie quand t'arrives à saturation, bah tu tombes dans l'excès inverse. » (P3E1)</i>

4.1.1.2. Après visionnage

Les différentes causes sont listées dans l'ordre décroissant du nombre d'évocation.

Causes	Verbatim
Diversité des cas	« <i>La variété des situations à laquelle vous pouvez être confrontés et euh l'ampleur des problèmes auxquels vous pouvez être confrontés.</i> » (P2E2) ; « <i>Ça vient de la multitude de gens et surtout d'histoires et de maladies différentes que vous êtes amenés à rencontrer.</i> » (P7E2)
Temps de travail important	« <i>Des médecins généraliste qui sont tellement dévoués à ce qu'ils font, qu'ils s'y oublient aussi quelque part.</i> » (P9E2)
Confrontation à la pauvreté	« <i>Tu peux pas prendre la misère du monde sur tes bras, et au final... sinon tu te fais bouffer hein.</i> » (P1E2); « <i>Au bout d'un moment avoir toute la misère du monde qui débarque dans son cabinet ben je pense que forcément on peut pas toujours tout encaisser.</i> » (P3E2)
Enchaînement des consultations	« <i>Quand même ouais ce truc d'enchaîner les gens quoi... les cas quoi</i> » (P9E2) « <i>Il y a une succession de personnes qui viennent lui raconter leurs malheurs, où ça s'enchaîne à chaque fois, où toute la journée c'est des gens qui arrivent et qui viennent rapporter leurs petits bobos.</i> » (P3E2)
Sollicitations forte demande	« <i>C'est clair que il y a, j'ai vu beaucoup de gens être très très demandeurs.</i> » (P6E2)
Questionnements sur la qualité de son travail	« <i>Vraiment il y a des moments où je l'ai senti vraiment démuni tu sais. Et à se dire : « Mais qu'est-ce que je pourrais faire de mieux, ou de autrement, ou comment ? ».</i> » (P7E2) ; « <i>Il est terrible quand il explique que sa mission, il a l'impression très très souvent de passer à côté et même d'encourager les gens dans un truc que lui ne cautionne absolument pas du tout.</i> » (P10E2)
Difficultés à prendre du recul	« <i>Les gens qui sont envahis dans leur vie personnelle physique et psychique par la souffrance des autres.</i> » (P6E2) ; « <i>Il faut que tu fasses la part des choses et ta vie c'est ta vie et leur vie c'est leur vie.</i> » (P1E2)
Contexte sociétal	« <i>Finalement il y a la notion de souffrance du médecin qui est plus liée à des problématiques d'ordre social qui engendrent de la souffrance chez les patients.</i> » (P4E2) ; « <i>C'est la société qui est malade quoi. On peut pas s'étonner que le médecin</i>

Causes	Verbatim
	<i>généraliste soit démuni et sans réponse. » (P9E2)</i>
Charge mentale	<i>« Ça doit prendre la tête tu dois y penser forcément en rentrant le soir, tu dois y penser à M. Machin, Mme Machin Melle Machin. » (P5E2)</i>
Frustration	<i>« Je pense qu'il y a plein de moments où ça doit être très frustrant et fatigant. » (P7E2)</i>
Obligation de résultat	<i>« Il me semble qu'ils ont un, qu'ils se mettent un devoir de savoir.» (P5E2)</i>
Efficacité nécessaire	<i>« Toujours bah ouais dans cette espèce de recherche entre réussir à consacrer le temps qu'il faut à chaque patient et en même temps réussir à en voir assez aussi dans la journée. » (P9E2)</i>
Responsabilités	<i>« Vous n'avez pas le droit à l'erreur au final.» (P2E2)</i>
Stress	<i>« Ils sont dans un rapport à eux-mêmes un petit peu sur le mode du stress quoi. » (P6E2)</i>
Questionnements moraux	<i>« Vous devez dans votre carrière avoir des questionnements moraux permanents.» (P2E2)</i>
Solitude	<i>« J'avais pas mesuré à quel point un médecin généraliste il peut se sentir seul. (Rires) Tu sais en face à face. » (P7E2)</i>
Rapport avec la souffrance	<i>« C'est pas évident de recevoir un peu le malheur. Enfin quand quelqu'un vient vous voir dans le cabinet ça veut dire qu'il y a un problème donc déjà dès le départ tout ne va pas bien pour cette personne là. » (P3E2)</i>

4.2. Difficultés à concilier la vie personnelle et la vie professionnelle

Un nombre plus important de participants après visionnage a parlé de la difficulté à concilier sa vie personnelle et sa vie professionnelle lorsque l'on est médecin généraliste.

« Comment il fait pour trouver le juste milieu entre vouloir aider les autres sans vouloir sauver tout le monde, et en s'accordant une vie aussi. » (P9E1) ; « Je pense que c'est pas tout le temps simple de concilier les 2. » (P8E1)

« Ça doit être l'enfer. La vie personnelle et la vie familiale s'ils arrivent à garder une famille... Apparemment c'est vraiment un métier de merde pour garder un conjoint à côté. » (P5E2) ; « Trouver la limite entre donner son temps et ne pas se laisser complètement envahir c'est compliqué. » (P6E2)

4.2.1. Causes

Les participants ont évoqué les différents éléments qui rendaient difficile la conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle. Ceux-ci ont été rangés par ordre décroissant d'évocation.

4.2.1.1. Absence de coupure

Ce qui est le plus évoqué par les participants avant et après visionnage est la difficulté à cliver ou ne pas repenser à la vie professionnelle lorsque l'on n'est plus au travail. Le visionnage n'a pas entraîné d'augmentation du nombre de participants à l'évoquer.

« Je pense qu'il doit beaucoup passer de temps avec ses patients ou à y penser, ou à faire ce qu'il a à faire. » (P1E1)

« Un vendredi aprèm, cas horrible, la misère noire la personne au bout du bout. J'imagine que après, aller boire l'apéro avec tes potes le vendredi soir, c'est pas forcément évident. » (P2E2)

4.2.1.2. Temps de travail important et sollicitations

Évoqué par plus de participants après qu'avant visionnage, l'organisation entre un **temps de travail** jugé très important et une vie de famille accomplie semble être difficile du point de vue des participants.

« Le temps qu'ils passent en dehors de faire autre chose, de leur vie de famille ou de leurs loisirs. » (P5E1)

« Je n'arrive pas à visualiser quand tu, à mon avis, tu bosses entre 50 et 60h par semaine, comment ça peut être facile de concilier les 2. » (P7E2) ; « Ça s'arrête un peu jamais en fait j'ai l'impression et c'est compliqué de sortir vraiment de leur boulot. » (P8E2)

Les **sollicitations par les patients**, justifiées ou non d'après eux, ne sont évoquées qu'après visionnage comme frein à une conciliation entre la vie personnelle et la vie professionnelle.

« Ça m'est arrivé d'aller à 7h30 pour pouvoir avoir tout de suite un rendez-vous, en cas de besoin. C'est encore plus de sollicitations et je pense qu'ils ont peu de vie personnelle. » (P6E2)

4.2.1.3. Charge mentale

D'après les participants, les **conséquences des décisions** prises par le médecin ont un impact négatif sur la conciliation entre la vie personnelle et la vie professionnelle. Cela n'a été évoqué qu'avant visionnage.

« Avec tout ce qu'ils voient toute la journée, ça doit pas être toujours très simple le retour à la maison. » (P7E1) ; « Celui qui est vraiment impliqué avec ses patients, j'imagine que ça déborde euh plus ou moins largement dans sa vie privée. » (P2E1)

4.2.1.4. Conscience professionnelle

Les participants qui liaient la difficulté à concilier sa vie professionnelle et sa vie personnelle au niveau de conscience professionnelle du médecin sont revenus dessus après visionnage.

« Je pense que la vie familiale doit pas être simple, parce que... si c'est un médecin qui a bonne conscience, il passe sa vie au cabinet en fait. » (P1E1) ; « Je pense que ça dépend à quel point le médecin est dévoué à ses patients. » (P3E1)

4.2.1.5. Volonté personnelle

La même proportion de participants avant et après visionnage a évoqué la possibilité, si on le souhaite, de travailler moins et de concilier sa vie personnelle et sa vie personnelle.

« Je pense que ça dépend aussi de beaucoup de médecins. Par exemple la mienne elle ne travaille pas le mercredi, je pense qu'elle a une vie de famille qu'elle arrive à gérer plutôt bien. » (P4E1)

« Est-ce que c'est séparable ? Ça dépend des jours ça dépend des cas et ça dépend des médecins je pense. » (P2E2)

4.2.1.6. Facteurs inhérents au médecin (sexe, lieu d'exercice, âge)

Une facilité plus grande à concilier vie personnelle et vie professionnelle **en ville** est évoquée seulement après visionnage.

« Ça dépend un peu du lieu d'exercice mais c'est plus compliqué à la campagne. » (P4E2)

Une plus grande capacité à concilier les vies personnelle et professionnelle chez **les femmes** médecin a été évoquée seulement avant visionnage.

« Il me semble hein, pour avoir eu des hommes et des femmes, que les femmes médecin généraliste sont plus en capacité de... comment dire ? De ne pas déborder dans les temps de, enfin de se fixer des temps de travail et plus de s'y tenir. » (P7E1)

Et enfin une plus grande difficulté à concilier les vies personnelle et professionnelle chez les **jeunes médecins** que chez les médecins plus âgés a été notée par le même nombre de participants avant et après.

« Les années aidant peut-être qu'ils arrivent à se dégager un peu de ça et oublier en rentrant chez eux. » (P5E1)

« Je pense qu'avec le temps, au fil des années, je pense que petit à petit, j'espère qu'ils arrivent à le faire. » (P5E2)

4.2.2. Conséquences

Le risque d'un vécu difficile par l'entourage des patients a été évoqué plus fréquemment après visionnage.

« Ils sont pas trop disponibles à leurs familles. » (P5E1)

« S'ils se font happer par le boulot comme on le voit dans les 2 films... ça doit être juste impossible. Je pense que les compagnons s'enfuient forcément au bout d'un moment. » (P5E2) ; « Je n'arrive pas, si tu veux, à visualiser comment il fait pour couper entre son boulot et sa vie perso et comment par l'entourage, ça peut être vécu un boulot qui prend autant de place. » (P7E2)

4.3. Points positifs

Les participants ont peu parlé des points positifs à la pratique du métier de médecin généraliste.

4.3.1. Un métier satisfaisant

Ce point n'a été mentionné qu'après visionnage.

« Ça peut être satisfaisant. » (P7E2)

4.3.2. Un métier intéressant

Le même nombre de participants a mentionné que la profession de médecin généraliste était intéressante avant et après visionnage. L'intérêt d'après l'un des participants venait principalement du fait de la rencontre avec des gens de milieux et d'horizons différents.

« Ça vient de la multitude de gens et surtout d'histoires et de maladies différentes que vous êtes amenés à rencontrer. » (P7E2)

4.3.3. Un métier gratifiant

Cela n'a été évoqué qu'avant visionnage.

« Il y a un retour qui est gratifiant, quand tu guéris quelqu'un, quel bonheur quoi ! » (P5E1)

4.3.4. Un métier enrichissant

Le visionnage n'a pas changé cette image du médecin.

« Il y a un rapport avec le patient que je trouve intéressant quand même. » (P4E1)

5. LA RELATION MÉDECIN-PATIENT

« Toute la dimension de la relation purement humaine, c'était assez flagrant. » (P7E2)

Dans cette partie nous détaillerons le déséquilibre dans la relation entre médecin et patient, le rapport de confiance, le professionnalisme du médecin face au patient et enfin les rapports affectifs entre médecin et patient.

5.1. Une relation déséquilibrée

La plupart des participants a décrit la relation entre le médecin et le patient comme déséquilibrée pour des raisons variables.

5.1.1. Hiérarchie

L'existence d'un rapport hiérarchique entre le médecin et le patient a été plus évoquée après visionnage.

« Rapport de respect, de hiérarchie en fait. » (P9E1) ; « Tu as quand même un rapport où c'est M. ou Mme la docteure en face de toi. Et il y a des trucs, tu te la fermes un peu aussi quoi. » (P9E1)

« La hiérarchie qui est instaurée dans le contexte. » (P9E2) ; « Souvent, quand tu vas voir un médecin généraliste, t'es quand même en position de faiblesse entre guillemets. » (P7E2)

5.1.2. Paternalisme

Il a été évoqué de façon équivalente avant et après visionnage.

« C'est une espèce de figure de bienveillance. Effectivement on ne s'étonne pas qu'il y en ait qui soient trop paternalistes. » (P9E2)

Ce paternalisme a été relativisé par une partie des participants qui estimaient que cela concernait surtout les **médecins plus âgés**,

« Il a un côté un peu stigmatisant, ça c'est le côté un peu paternaliste poussé trop loin où il faudrait se calmer. Ouais ça c'est le vieux médecin. » (P3E2)

Ou, que ce que l'on pourrait appeler paternalisme, est finalement plutôt une **marque d'attention** du médecin envers son patient.

« Je préfère quand même toujours un médecin qui se montre un peu trop attentionné que le contraire. » (P3E1)

5.1.3. Médecin sachant

Il n'y a pas eu d'évolution dans le nombre de mentions avant ou après visionnage mais le risque d'attitude méprisante ou de complexe de supériorité n'a été mentionné qu'avant visionnage.

« Ils ont, jeunes ils ont toujours un peu cette vanité, un petit complexe de supériorité. » (P5E1) ;

« D'une espèce de mépris, c'est peut-être un petit peu fort mais dans l'idée... dû au savoir. » (P4E1)

« Je me fiera à lui. Parce qu'il a le savoir. On va les voir pour ça aussi. » (P5E2)

Après visionnage, des participants ont mentionné que le médecin généraliste n'était pas concerné par ce risque.

« Chez les médecins généraliste je sais pas, je sais pas si ça vient de la multitude de gens et surtout d'histoires et de maladies différentes que vous êtes amenés à rencontrer et tout, j'ai pas trouvé ce côté... « Moi je sais, vous vous savez pas ». » (P7E2)

5.1.4. Influence et pouvoir du médecin sur le patient

L'influence du médecin généraliste sur le patient a été évoquée plus fréquemment après visionnage. Elle a été nommée « influence » ou « pouvoir », par les participants et évoquait parfois quelque chose de positif, mais seulement avant visionnage.

« J'ai tout fait cette année donc j'étais très contente de lui avoir obéi. » (P6E1)

Après visionnage, « l'influence » ou « le pouvoir » renvoyaient plutôt à des notions négatives.

« Un médecin, il a une grosse influence sur la vie des gens. » (P2E2) ; « Le fait d'aider et de... C'est une prise de pouvoir et ça vient nourrir un sentiment de toute-puissance. » (P6E2)

5.1.5. Tonalité du discours

Le **discours intrusif** n'a été mentionné qu'après visionnage

« Du coup j'ai repensé un peu à mon médecin de famille, typiquement un homme d'un certain âge, qui parle à une ado et qui lui pose des questions sur sa vie affective quoi et qui n'avaient pas, qui étaient vraiment menées par la curiosité plus que par une démarche médicale. » (P4E2)

Le discours culpabilisant n'a été évoqué qu'après visionnage et sur la question de la vaccination seulement.

« C'est en gros, si je fais pas vacciner ma fille, elle aura un cancer et ce sera de ma faute quoi. Elle a eu un discours hyper culpabilisant. » (P7E2)

Le discours jugeant n'a été évoqué qu'après visionnage. Les participants l'ont présenté comme un risque potentiel que doit éviter le médecin généraliste.

« Se permettre du jugement en fait. Voilà c'est, du coup, j'ai retrouvé ça dans les films, il y a des scènes qui m'ont carrément choquée et puis du coup ça m'a fait penser à des choses qui me sont arrivées. » (P4E2) ; « Ne pas aller trop loin non plus pour... interroger peut-être si on est dans le jugement... » (P9E2)

5.1.6. Un patient centré sur lui-même

Les participants ne l'ont évoqué qu'après visionnage.

« C'est vrai que quand on y va on pense à soi, tout converge vers soi-même. » (P6E2) ; « Ils sont trop centrés sur eux quand ils vont chez le médecin. Le médecin en face d'eux c'est même pas un humain, c'est juste quelqu'un qui est là pour accueillir. » (P6E2)

5.2. Le professionnalisme du médecin généraliste

5.2.1. Refus des demandes non justifiées

Ces refus concernent les consultations et les prescriptions injustifiées. Les participants ont plus évoqué les premières avant visionnage et les secondes après visionnage. Les participants ont noté que c'était au médecin généraliste de refuser ces demandes injustifiées, mais ont été plus indulgents après. Ils ont notamment évoqué la difficulté que cela représente de dire « non ».

« Les gens qui n'ont rien il doit falloir trouver une manière polie de leur dire qu'ils n'ont rien et euh les chasser. » (P2E1) ; « Avec ces personnes-là qui ont tendance à avoir tout le temps besoin d'être rassurées, est-ce que le médecin généraliste a un rôle de mettre des limites ? » (P4E1)

« Est-ce qu'il va faire ce que je lui demande, est-ce qu'il va m'orienter vers ce que lui pense de mieux pour moi? » (P6E2) ; « Il y a certains trucs où on peut dire « oui je vous prescris pas ça » ! Mais je sais pas, je pense que c'est compliqué c'est compliqué de dire toujours non. » (P8E2) ; « Est-ce qu'être médecin c'est céder ? » (P6E2)

5.2.2. Rôle d'autorité morale et limite avec l'opinion personnelle du médecin généraliste

Il n'y a pas eu de différence du nombre d'évocation entre avant et après visionnage.

« Quelqu'un qui, pour eux en plus, qui représente une autorité. » (P6E1) ; « C'est une façon d'aller se confier, d'échanger, de partager avec un référent. » (P6E1)

« C'est une sorte d'autorité morale un peu en fait. » (P2E2)

Cependant, après visionnage, des participants ont évoqué le risque pour les médecins généralistes de donner leur opinion personnelle dans le cadre de ce rôle d'autorité morale. Ils en ont parlé notamment sur le sujet de l'IVG.

« Surtout sur les questions d'avortement ou ce genre de choses, au bout d'un moment on ne leur a pas demandé leur opinion personnelle. On leur demande leur opinion de praticien. » (P3E2)

5.3. Une relation basée sur le rapport de confiance

La majorité des participants a évoqué le rapport de confiance comme une des bases de la relation médecin patient et ils ont été encore plus nombreux à le faire après visionnage.

« Moi je sais que c'est hyper important pour moi, du jour où j'ai trouvé mon médecin généraliste, c'est un interlocuteur de confiance. » (P9E1) ; « Cette relation de confiance elle est importante. » (P9E1)

« Je pense qu'il faut qu'on établisse, faudrait établir un rapport vraiment très confiant. » (P5E2) ;

« J'aime bien établir une relation de confiance, pouvoir discuter avec la personne. » (P6E2)

Les participants n'ont pas précisé si la confiance concernait le soin, le rapport humain, le secret médical...

5.3.1. Les caractéristiques du rapport de confiance

La majorité des participants, et plus après visionnage, a considéré qu'il était **nécessaire de le connaître** pour pouvoir faire confiance à son médecin.

« Je veux dire un médecin va m'inspirer confiance si je le connais, si j'apprends à le connaître au fur et à mesure que je le côtoie. » (P6E1)

« Ça s'établit au fil du temps la confiance. » (P5E2) ; « Quand c'est celui qui te suit et tout depuis un moment, si tu veux, il y a un lien de confiance. » (P7E2)

Un participant a évoqué la nécessité pour le médecin généraliste de **prouver sa compétence** avant qu'on lui fasse confiance.

« Soigner le symptôme c'est important parce que c'est accéder à la demande du patient, ça met la personne dans la confiance et qu'elle a envie de continuer. » (P6E2)

Plus de participants après visionnage ont considéré que le médecin généraliste était une **personne de confiance dans l'absolu**.

« Disons que je ferais confiance à un médecin sur ça même si je ne le connais pas. » (P2E1)

« Tu vas voir un toubib parce qu'il a plus de savoir voilà donc forcément à priori je leur fais confiance. » (P5E2) ; « Dans mon parcours avec les médecins généralistes que j'ai pu voir, effectivement ouais c'était possible de leur faire confiance. » (P7E2)

5.3.2. Les éléments à la base du rapport de confiance

5.3.2.1. Le secret médical

Le secret médical a été plus fréquemment considéré comme à la base du rapport de confiance après visionnage.

« Je peux peut-être plus me confier, à un médecin, par rapport au secret, au fait que ça va rester entre lui et toi. » (P1E1)

« C'est une personne avec qui tu crées du lien et je pense à qui tu dis des choses que tu ne dis pas aux autres. Parce qu'elle a le secret professionnel, parce que tu te dis, voilà, on est tous les deux dans la pièce. » (P1E2) ; « Personne n'est dupe, quand tu vas chez le médecin, tu sais très bien qu'ils sont sous le coup du secret médical. » (P7E2)

5.3.2.2. Le savoir

Cet élément n'a été mentionné qu'après visionnage.

« Je me fierais à lui. Parce qu'il a le savoir. On va les voir pour ça aussi. » (P5E2)

5.3.2.3. La reconnaissance de son incompétence

Le même nombre de participants avant et après visionnage a précisé se sentir plus en confiance avec un médecin généraliste qui sait reconnaître son incompétence.

« Qu'on me dise « Là franchement je sais pas donc on va aller chercher, mais là pour le coup je sais pas ». Moi c'est quelque chose qui peut me rassurer. » (P7E1)

« En fait c'est même pas un défaut c'est une qualité, c'est de dire : « Bah je sais pas quoi ». » (P7E2)

5.3.3. Les freins à l'instauration du rapport de confiance entre le médecin généraliste et le patient

Nous ne détaillerons ici que les éléments qui ont été mentionnés par plusieurs participants.

La fatigue du médecin n'a été mentionnée qu'après visionnage comme frein au rapport de confiance entre médecin et patient. Cet aspect sera développé dans la partie « erreurs médicales ».

5.3.3.1. Un médecin pas sûr de lui

Il n'y a plus de participant après visionnage qui ont énoncé ne pas pouvoir faire confiance à un médecin qui ne semble pas sûr de lui.

« Ton patient peut te faire confiance quand tu prescris quelque chose voilà que tu ne montres pas une image de doute parce que forcément ça crée une faille. » (P9E1)

5.3.3.2. Une confiance unilatérale

Le médecin recueille la confiance mais ne se livre jamais. Cet élément comme frein à l'instauration d'un rapport de confiance n'a été cité qu'après visionnage.

« Il faut que vous gagniez la confiance des gens sans vous dévoiler et en vous protégeant et c'est compliqué, c'est pas simple. » (P5E2) ; « Vous n'avez pas à vous livrer c'est pas votre boulot. » (P5E2)

5.3.3.3. Le comportement inadapté du médecin généraliste

Un participant estimait avant visionnage qu'il aurait du mal à faire confiance à un **médecin généraliste fumeur**. Il n'a pas réitéré ses propos après visionnage.

« Si on a un médecin qui accueille et qui fume cigare sur cigare j'imagine que c'est pareil il va pas inspirer la confiance. » (P2E1)

5.4. Les rapports affectifs entre médecin et patient

Ils sont plus mentionnés après visionnage.

5.4.1. Un rapport amical

Il a été considéré comme important, voire inévitable au fil du temps, par plus de participants après visionnage.

« Certains ça peut être au contraire des amis, des confidents, au contraire qui peuvent t'aider à passer un cap. » (P6E1)

« Si on est proche d'eux, alors forcément la limite entre rapport purement d'échange de connaissance ou de prescription. La limite entre ça et justement tomber dans de l'affect en fait elle est tenue la limite. » (P10E2) ; « Tu sens oui ils sont proches des gens. » (P5E2)

5.4.2. Le médecin-médicament

Ce rôle, décrit par Michael Balint (psychiatre et psychanalyste à l'origine des groupes Balint), correspondant à l'effet placebo de la confiance mise dans le médecin est mentionné plus fréquemment après visionnage(35).

« Tu vas chez quelqu'un qui a le pouvoir de te soigner rien que ça je pense, t'as une partie de placebo aussi qui est hyper importante, aussi. » (P9E1)

« La relation humaine elle fait partie de la médication. » (P6E2) ; « La partie psychologique du traitement marche parce que les gens ont confiance en leur médecin généraliste qui leur prescrit quelque chose. » (P10E2)

6. LES FONCTIONS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

« Sur le rôle du médecin, je n'ai plus exactement la même vision depuis les films. » (P2E2)

Nous traiterons des 4 grandes fonctions détaillées par les participants : la fonction médicale, la fonction sociale, la fonction de psychothérapeute et le rôle holistique du médecin généraliste.

6.1. La fonction médicale

Nous aborderons peu le rôle médical car il semble tomber sous le sens pour les participants. En effet, ils l'ont tous cité avant et après visionnage, mais, cependant, sans le détailler. Les différences avant et après visionnages ne sont pas flagrantes sur ce sujet.

« Le rôle de soin c'est LE rôle du médecin généraliste » (P8E1) ; « Il y a le rôle du soin a priori, le rôle médical. » (P10E1)

« Tout ce qui touche aux soucis de la personne physiquement. » (P1E2)

Nous avons donc décidé de citer les sujets et de ne détailler que ceux pour lesquels il y a eu une évolution avant-après visionnage.

6.1.1. Orientation

Plus de participants ont noté, après visionnage, l'orientation du patient vers un spécialiste comme étant un rôle du médecin généraliste.

« C'est quand même eux qui sont le mieux à même de nous diriger, si nécessaire, sur des spécialistes. » (P7E1)

« Un rôle d'orientation vers des spécialistes ou vers d'autres organismes. » (P4E2) ; « Il a déjà fait son job quelque part et il l'a plutôt plus que bien fait et du coup hop t'es orienté. » (P7E2)

Les différences avant et après visionnage se situent surtout dans l'analyse plus fine : dans quels cas orienter ? À quel moment orienter ?

6.1.1.1. Motifs d'orientation vers un spécialiste

Il n'y a pas de différence avant après visionnage sur le cas général : le médecin généraliste doit orienter vers un généraliste lorsque la prise en charge du patient dépasse ses compétences.

« Au moment où il passe la main à un spécialiste c'est au moment où lui ne se sent plus compétent. » (P5E1)

« Vers des spécialistes éventuellement s'ils ont besoin. » (P5E2)

Dans le détail, le médecin généraliste doit adresser le patient au spécialiste dans ces différentes situations :

- Pour moins de participants après visionnage, le médecin généraliste doit orienter s'il n'arrive pas à poser un **diagnostic** ou s'il n'est pas sûr de son diagnostic.

« Je pense que quand il doute, faut qu'il puisse passer la main. Si vraiment il a l'impression de buter et tout, faut qu'il passe la main. » (P7E1) ; « S'il trouve pas la cause et qu'il y a besoin d'exams plus poussés. » (P8E1)

« S'ils ne savent pas, il faudrait peut-être qu'ils consultent un autre collègue. » (P5E2) ; « S'ils n'arrivent pas à poser un diagnostic dessus. » (P5E2)

- Si la **maladie est grave** (après visionnage).

« Quand c'est quelqu'un qui a vraiment quelque chose d'important bah essayer sans le paniquer essayer de l'orienter correctement vers la personne. » (P5E2)

- Si l'on détecte un **problème dans le suivi normal** (gynécologie, pédiatrie...) (avant visionnage).

« Elle elle fait les trucs de base, et s'il y a un souci elle m'envoie direct chez un gynéco. » (P1E1)

6.1.1.2. Délai avant orientation vers un spécialiste

Moins de participants après visionnage ont considéré que le médecin généraliste **orientait trop tôt**.

« Des médecins généralistes qui étaient peut-être un peu trop généralistes et qui du coup avaient du mal à exprimer un avis sur les choses qui ne demandaient pas forcément un spécialiste mais qui avaient tendance à renvoyer vers le spécialiste. » (P4E1) ; « Certains médecins généralistes ne rentrent plus dans certains domaines et passent la main assez vite à des spécialistes pour se protéger ou pour protéger le patient peu importe. » (P6E1)

« Presque ils ne sont que relais de ... prescripteurs vers d'autres spécialités. » (P6E2) ; « C'est pas quelqu'un qui va directement réorienter son patient vers un praticien spécialisé s'il pense qu'il peut faire quelque chose. » (P2E2)

Il est mentionné avant visionnage que cela est plutôt le fait de médecins de ville.

« Dans les villes c'est très cloisonné. » (P6E1)

6.1.2. Prescription médicamenteuse

La majorité des participants a mentionné la prescription comme étant une composante importante du rôle du médecin généraliste.

« La prescription c'est clair. » (P6E1)

Nous n'avons pas détaillé ici la prescription d'arrêts de travail qui n'a été évoquée que par un participant avant visionnage sous l'angle des arrêts de travail de complaisance. Il n'a pas réitéré son propos après visionnage. La prescription d'examens complémentaires a été peu abordée par les participants et n'a pas donné lieu à une évolution de leur point de vue.

La surprescription ayant été très souvent abordée lors des entretiens avec une différence de traitement importante avant et après visionnage, nous avons choisi de nous concentrer sur ce point.

La surprescription a été abordée plus fréquemment après visionnage et a notamment donné lieu à beaucoup de commentaires sur ses causes, les médicaments les plus prescrits et la description du « profil » du médecin surprescripteur.

« Alors là pour le coup, ça c'est vrai on n'en avait pas parlé. Les prescriptions à outrance. » (P3E2) ; « Ça effectivement je pense que c'est un reproche qu'on peut faire aux médecins généralistes, la surabondance de médicaments. » (P3E2)

6.1.2.1. Causes à la surprescription

Causes	Évolution du nombre d'évocations	Verbatim
Réassurance Comme nous l'avons vu dans les motivations à la prescription	Neutre	Avant : <i>« D'autres parce que ça rassure les gens. » (P5E1)</i> Après : <i>« Des médecins généralistes qui faisaient une liste d'enfer pour rassurer le patient. Je ne sais pas si elle s'imaginait que ça pouvait être rassurant pour les parents de partir avec une tartine de 5 médicaments. » (P7E2)</i>
Influence des laboratoires pharmaceutiques	Plus	Avant : <i>« S'ils n'ont pas le temps de bien s'informer bah ils doivent le prendre comme parole d'évangile et après redonner ça en cascade à leurs patients. » (P5E1)</i> Après : <i>« Je me suis souvent demandée si le médecin il avait un intérêt à prescrire. » (P6E2)</i> <i>« Pour moi ils soudoient les médecins en leur payant des restos et des petits cadeaux pour qu'ils prennent leurs nouveaux médicaments, en disant « regarde c'est trop bien ! », qu'ils le proposent aux patients. » (P1E2)</i>
Demande des patients	Plus	Avant : <i>« Dès qu'ils sont malades ils veulent prendre des trucs et les médecins généralistes ils suivent certaines demandes je pense. » (P8E1)</i> Après : <i>« Les gens quand ils venaient voir un médecin, s'ils repartaient pas avec quelque chose c'est que c'était pas un bon médecin. » (P3E2) ;</i> <i>« Pourquoi il dit pas non ? J'en sais rien (rires) parce que... (Silence) Je sais pas la pression du patient ? » (P10E2) ;</i>

Causes	Évolution du nombre d'évocations	Verbatim
		<i>« Il y a quand même une majorité de gens dans la population qui vont chez le médecin généraliste et qui attendent du médecin généraliste qu'il leur donne leur petite liste parce que c'est ça qui va les guérir ! La baguette magique ouais ! » (P7E2)</i>
Prescription à défaut de prise en charge psychothérapeutique	Plus	<p>Avant :</p> <p><i>« Il ne connaissait pas ce patient, il l'a tout de suite mis sous anxiolytiques et du coup bah il bouffe des cachets depuis. » (P9E1)</i></p> <p>Après :</p> <p><i>« Les gens viennent chercher chez lui des palliatifs à leur détresse. » (P10E2)</i></p> <p><i>« Il y a plein de gens qui viennent, j'ai l'impression qui ont besoin d'un support psychologique, placebo ou pas. » (P6E2)</i></p>

6.1.2.2. Médicaments surprescrits

Les médicaments les plus cités, surtout après visionnage, sont les **antidépresseurs** et les **anxiolytiques**.

« C'est vraiment les gens en dépressions qui viennent un peu se surmédicamenter auprès de leur médecin. » (P3E2) ; « C'est beaucoup trop, il y a beaucoup trop de gens qui prennent ça. » (P6E2)

Les antibiotiques n'ont été mentionnés qu'une fois, avant visionnage.

« Je connais des gens dès qu'ils sont malades ils vont vouloir des antibiotiques. » (P8E1)

6.1.2.3. Profil des médecins généralistes surprescripteurs

La surprescription concernait plutôt des médecins plus âgés d'après les participants, qui ne l'ont évoqué qu'après visionnage.

« C'est peut-être aussi générationnel, qui ont tendance à pas mal prescrire parce que c'est ce qui se faisait avant. » (P3E2) ; « Je me laisse supposer que des médecins plus jeunes seraient beaucoup moins dans la surmédicalisation. » (P3E2)

6.1.3. Réalisation d'objectifs de santé publique

Les participants estimaient qu'il pourrait être du rôle du médecin généraliste de participer à des objectifs de santé publique définis comme suit : prévention et sensibilisation et proposition des dépistages recommandés. Ces thématiques sont plus abordées après visionnage notamment par des participants qui n'avaient pas envisagé ce rôle avant.

« Peut-être qu'on n'a pas une médecine suffisamment préventive. » (P5E1)

« Il peut y avoir un rôle de prévention, de dépistage. » (P4E2)

6.1.3.1. Prévention

Plus de participants après visionnage, jusqu'à atteindre la moitié, pensaient qu'il serait positif qu'un temps de la consultation soit consacré à la **prévention, sur différents sujets** en fonction des patients. Les sujets mentionnés ont été la consommation d'alcool et de drogues, la contraception et l'IVG.

« Je pense qu'il peut avoir un rôle de prévention. » (P7E1)

« Il y avait la question de l'avortement tout ça et ben on n'en parle pas trop quand on va chez le médecin généraliste et ça pourrait être bien d'en parler. » (P8E2)

Ils ont été plus nombreux après visionnage à parler du rôle du médecin généraliste de sensibiliser à la **vaccination**.

« La dernière fois que j'ai été le voir, il m'a dit « amène-moi les carnets de santé des enfants la prochaine fois » et il m'a dit « là les rappels DTP ce serait important, on a déjà un peu de retard et tout ça ». Alors du coup j'ai dit « ok allez on y va ». » (P6E1)

« Mais de dire « là c'est important » oui de proposer et d'être aussi vigilant quoi. » (P6E2)

6.1.3.2. Dépistage

Il y a eu plus de participants après visionnage à penser qu'il était du rôle du médecin généraliste de proposer systématiquement les dépistages recommandés.

« Une démarche un peu proactive du médecin qui conseille de faire tel ou tel test à des moments un peu clés de la vie. » (P4E2) ; « C'est aussi vraiment un rôle de dépistage qui est important. » (P6E2)

En fonction du profil du participant cela incluait: le frottis cervico-vaginal, le test de dépistage du cancer colorectal et la mammographie.

« Le mien, il m'a poussée à faire... je recevais depuis quelques temps le test pour le cancer colorectal. » (P6E1) ; « Il m'a sensibilisée en me disant « il y a un âge où il faut être un peu plus

vigilant » donc j'ai refait échographie, mammographie. » (P6E1) ; « Elle me dit : « vous avez pensé à faire un frottis cervico-vaginal. ? » (P7E1)

6.1.4. Autres éléments du rôle médical

Comme précisé plus haut, les éléments de cette partie n'ont été que peu évoqués ou alors sans différence avant-après visionnage. Nous ne ferons donc que les citer.

6.1.4.1. Premier recours ou gestion des soins de santé primaires

Il n'y a pas eu de différence dans le nombre de mentions de ce rôle avant ou après visionnage.

Ces soins de santé primaires regroupent pour les participants le **diagnostic** et la **prise en charge de la plainte**.

6.1.4.2. Gestes techniques

Les gestes techniques ont surtout été mentionnés avant le visionnage. Lorsqu'ils l'ont mentionné après visionnage, les participants ont souligné le fait que l'acquisition de gestes techniques se rajoutait à une quantité importante de sujets à maîtriser. Ils estiment que cette compétence supplémentaire n'était pas absolument nécessaire à la pratique de la médecine générale.

6.1.4.3. Suivi

Le suivi de pathologies chroniques a simplement été cité lors des entretiens, sans évolution entre avant et après visionnage.

6.1.4.4. Compétences médicales particulières ou spécifiques

Certains participants ont parlé, lors des entretiens, de certaines compétences qu'ils jugeaient particulières et ayant nécessité une formation supplémentaire pour les médecins généralistes. Celles évoquées par les participants ont été la gynécologie et l'obstétrique, la pédiatrie et la dermatologie. Il n'existait pas de différence avant-après visionnage dans la façon dont les participants envisageaient ces rôles.

6.2. La fonction sociale du médecin généraliste

Ce rôle du médecin généraliste a été le moins abordé avant visionnage et le plus abordé après.

« Je pense que les médecins qui se sentent vraiment concernés ils font aussi du social. » (P3E1) ;

« Mais moi j'ai envie de dire non. » (P10E1) (sur le rôle social du médecin généraliste)

« Et tu as le rôle qui touche au social. » (P1E2)

De nombreux participants ont d'ailleurs noté, après visionnage, qu'ils n'avaient pas perçu ce rôle jusque-là.

« Alors moi la chose que je ne savais pas c'est la dimension sociale du travail du médecin. » (P2E2) ; « Cette dimension sociale, vraiment moi en tant que patiente, c'est pas du tout une partie du travail que j'avais mesurée. » (P7E2) ; « On le voit bien dans les films et c'est pas la première chose qui me vient à l'esprit quand on me parle d'un médecin généraliste. » (P8E2)

Après visionnage, des participants ont précisé que ce rôle est plus important pour les **médecins généralistes de campagne**.

« Le médecin de campagne c'est quelqu'un qui est finalement aussi particulièrement confronté à la vraie misère sociale. » (P2E2)

6.2.1. La gestion des difficultés économiques et sociales des patients

Il existe une nette différence avant-après visionnage, puisque le nombre de participants ayant mentionné ce rôle comme faisant partie de celui du médecin généraliste a doublé et correspondait lors de la deuxième phase à plus de la moitié des participants. Trois participants avaient estimé avant visionnage que cela ne relevait pas du rôle du médecin généraliste et sont revenus dessus lors du second entretien. Ils ont d'ailleurs été plusieurs à évoquer leur étonnement face à ce rôle qu'ils n'avaient jusqu'alors pas perçu.

« Il y a clairement des gens qui s'appuient beaucoup plus sur leur médecin que moi et vraiment au-delà de leurs simples soucis de santé. » (P2E2)

Ils ont évoqué également avant et après visionnage, la difficulté que cela engendrait pour les médecins de travailler dans un contexte social dégradé.

« Il y a plein plein de gens qui travaillent dans le milieu médical qui ne sont pas au meilleur de leurs moyens, qui seraient peut-être plus efficaces, mieux avec eux-mêmes et qui travailleraient mieux si le contexte était différent. » (P9E1)

« J'adore le moment où dans les commentaires il dit que la médecine c'est l'entonnoir, c'est le cul d'un monde qui déconne. » (P9E2)

Nous avons détaillé ci-dessous quelques éléments importants décrits par les participants comme faisant partie de ce rôle.

- Ils ont été le même nombre à évoquer l'**accompagnement des personnes isolées** comme étant le rôle des médecins généralistes avant et après visionnage. Cependant les participants ont précisé, lors du second entretien, que cela concernait essentiellement de **personnes âgées à la campagne**.

« On pourrait envisager qu'il y ait des gens pour qui le médecin soit le seul interlocuteur. » (P4E1) ; « Je pense que pour certaines personnes c'est un pont entre eux et les autres. » (P6E1) ; « Qu'il y a des gens qui vivent seuls et qui voient peu de monde et c'est leur façon d'aller raconter leurs malheurs et d'aller se faire aider et aimer. » (P6E1)

« Les personnes âgées qui ont une relation un peu fusionnelle avec leur médecin, il me semble, je pense que c'est pas un mythe. Dans les films c'est quelque chose qui ressort de manière très forte. » (P3E2) ; « Je pense que pour beaucoup de personnes, ça doit être quasiment la personne qu'elles doivent voir le plus souvent. » (P3E2) ; « Dans les campagnes, le médecin généraliste a d'autant plus un rôle social vu que les personnes elles sont plutôt reculées. » (P8E2)

- Un participant estimait, avant visionnage, que le médecin généraliste ne devait **pas faire payer la consultation** si la personne était en difficulté.

« Je trouve c'est tout à leur honneur s'ils ne font pas payer quelqu'un qui a des difficultés. » (P5E1)

- L'accompagnement du patient par le médecin généraliste dans les **démarches administratives** n'a été abordé que par un participant avant visionnage et après visionnage.

« Encourager les femmes battues à aller porter plainte et les accompagner dans toute la démarche pour se sortir de là. » (P7E1)

« C'est à dire que c'est, accompagner la famille pour celui qui est schizophrène. C'est accompagner la famille jusque dans les démarches administratives ou des choses comme ça. » (P7E2)

6.2.2. Relations avec les familles des patients

6.2.2.1. Information de la famille

Les participants qui en ont parlé ont surtout mentionné les difficultés éthiques qui se posaient dans la gestion des familles lors d'une pathologie d'un patient.

Il a d'abord été question de l'**information de la famille** lors de la pathologie d'un patient. Avant visionnage, un participant a mentionné l'importance pour le médecin généraliste de tenir les proches d'un patient informés de son état de santé même contre son avis.

« Moi je trouve que le secret médical c'est bien... mais que... dans certains cas... je trouve pas tout à fait normal en fait...entre je sais pas moi, en couple, qui... » (P1E1)

Ce participant est revenu dessus après visionnage en admettant qu'il était impossible pour le médecin généraliste d'enfreindre le secret médical et que son rôle devait donc se limiter à encourager le patient à en parler lui-même.

L'autre question qui a été posée était celle de **l'information du patient sur son état de santé** même contre l'avis de la famille notamment dans le cas des troubles cognitifs. L'avis était le même avant et après visionnage.

« Je veux dire, qu'un médecin généraliste obéisse aux gens de la famille pour ne pas tenir au courant la personne malade je ne suis pas d'accord. » (P6E1)

6.2.2.2. Médiation familiale

Elle a été plus mentionnée après visionnage à la suite d'une séquence dans « La Maladie de Sachs » où le médecin généraliste gère des difficultés relationnelles entre une mère et sa fille et une séquence dans « la Consultation » où cela concerne un couple.

Les avis étaient partagés quant à l'opportunité pour le médecin généraliste de gérer la médiation familiale. Cependant plus de participants après visionnage ont estimé qu'il était opportun pour le médecin généraliste d'en parler.

« Est-ce que le médecin généraliste il peut avoir un rôle de médiateur dans les familles par exemple ? - Non. » (P8E1)

« Il fait sortir la mère et il parle à la fille et il fait un peu le rôle de médiateur en fait entre les 2 et ouais ça ça m'a un peu étonnée. » (P8E2) ; « Les gosses, le mari, la femme ils y vont tous en même temps. Peut-être que si le médecin il voit quelque chose qui ne va pas entre la famille ou des mauvais rapports, bah je ne sais pas, la fois d'après, même s'il ne connaît pas beaucoup l'un des patients, il aura peut-être tendance à dire quelque chose. » (P1E2)

6.2.3. Le médecin généraliste : un personnage social

6.2.3.1. La reconnaissance sociale du médecin généraliste et son évolution dans le temps

Une très grande majorité des participants sans différence entre avant et après visionnage a estimé que le médecin généraliste bénéficiait d'un **statut particulier** dans la communauté.

« Un statut social qui comprenne du pouvoir, du respect. Un statut social qui encore aujourd'hui pèse quoi. » (P9E1) ; « Je pense que c'est plutôt une profession assez reconnue quand même. » (P4E1)
« C'est un statut social le médecin, c'est quelqu'un. » (P2E2) ; « De par votre statut, socialement vous être protégés. » (P5E2) ; « Les médecins c'est quand même, socialement parlant, la profession prestigieuse par excellence. » (P4E2)

Ils ont été plus nombreux après visionnage à estimer que le **statut du médecin généraliste se dégradait dans le temps.**

« Je veux dire l'époque où c'était un personnage en vue le médecin, c'est un peu dépassé. » (P5E1) ; « Bien qu'il soit un peu descendu de son piédestal depuis quelques décennies, il reste un peu sur un piédestal mais de fait il a un savoir. » (P5E1)
« Je me demande si ça n'a pas un peu changé ça quand même, si c'est pas devenu un peu plus lambda dans la société quand même. » (P7E2) ; « Même si le piédestal est un peu descendu pour le toubib je pense qu'il a encore un rôle. » (P5E2)

Ils estimaient, après visionnage, que cette reconnaissance sociale dépendait du lieu d'exercice et qu'elle était plus importante à la **campagne** qu'en ville.

« Dans les campagnes le médecin ça reste un pilier de la société. » (P3E2) ; « C'est quelqu'un qui a un statut dans une communauté surtout pour le médecin de campagne. » (P2E2)

Il a également été mentionné après visionnage que ce statut pouvait être un **poids** pour le médecin généraliste.

« Ce que j'ai trouvé aussi assez parlant pour avoir passé des vacances tu sais dans des villages ou quand mes parents ils ont déménagé là. C'est le côté dans « la maladie de Sachs », ils sont tous là à épier ce qu'il dit, ce qu'il fait. » (P7E2)

6.2.3.2. La reproduction sociale en médecine générale

Le même nombre de participants estimait avant et après visionnage que les médecins généralistes représentaient une profession fortement soumise à la reproduction sociale.

« Peut-être qu'il y a énormément de médecins généralistes qui sont fils de médecins ou qui sont issus de familles où il y a des médecins. » (P9E1)
« Il y a des phénomènes de reproduction sociale en médecine qui restent assez forts. » (P4E2)

6.3. La fonction de psychothérapeute

La totalité des participants estimait que le médecin généraliste avait un rôle à jouer dans la santé psychologique de ses patients. Cependant, ils ont été nombreux à noter, après visionnage, qu'ils ne pensaient pas qu'autant de patients consultaient pour des problèmes de cet ordre.

« C'est pas un problème de médecine générale qu'ont les gens qui viennent le voir. C'est qu'ils ont des problèmes dans leur vie, c'est qu'ils sont pas bien, c'est qu'ils sont dépressifs. » (P10E2) ; « Il y a une quantité de personne qui viennent le voir pour dépression. Je me suis dit « C'est fou ça ». » (P3E2)

D'après les participants, cette fonction incluait la prise en charge et le suivi de difficultés psychologiques ou pathologies psychiatriques, la confiance et la réassurance.

6.3.1. La prise en charge et le suivi de pathologies psychiatriques/difficultés psychologiques

Les participants ont été plus nombreux après visionnage qu'avant à estimer que le médecin généraliste pouvait ou devait gérer les pathologies psychiatriques de ses patients. Celles qui sont citées ont également été plus diverses après visionnage.

6.3.1.1. Type de pathologies

Nous avons présenté sous forme de tableau les différences en termes de nombre d'évocations de ces pathologies.

Pathologies	Comparaison du nombre d'évocation avant et après visionnage	Verbatim
Dépression	Plus	Avant : <i>« Justement quand il y a un état de mal-être, il peut prendre le rôle du psychologue ou du psychiatre en tout cas en 1^{ère} approche. » (P6E1)</i> Après : <i>« La majorité des gens viennent le voir pour ça. » (P3E2) ;</i> <i>« Bien sûr qu'un médecin généraliste peut complètement suivre quelqu'un qui est en dépression. » (P9E2)</i>
Gestion du stress	Plus	Avant : <i>« Ça m'est arrivé aussi que le médecin généraliste me propose</i>

Pathologies	Comparaison du nombre d'évocation avant et après visionnage	Verbatim
		<p><i>de l'homéopathie par exemple pour des questions liées au stress. » (P4E1)</i></p> <p>Après :</p> <p><i>« Quelqu'un qui vient pour un mal de ventre, c'est clair que des fois l'écouter c'est déjà l'aider à gérer une partie de sa problématique et puis l'orienter vers une gestion du stress. » (P6E2)</i></p>
Addictions	Plus	<p>Après :</p> <p><i>« Je sais pas à quel point c'est courant, les gens qui ont vraiment des addictions aux médicaments et à quel point le généraliste a ce type de personnes dans sa clientèle. » (P3E2)</i></p>
Schizophrénie	Plus	<p>Après :</p> <p><i>« Celui qui est complètement schizo. » (P5E2)</i></p>
Surmenage	Équivalent	<p>Avant :</p> <p><i>« Parce que quand on parle de surmenage, des questions liées au travail, du stress lié à..., ce que j'ai apprécié c'est qu'elle ne m'a pas forcément tout de suite orientée vers un psychiatre. » (P4E1)</i></p> <p>Après :</p> <p><i>« En lien avec la souffrance au travail parce que ça c'est la seule fois où j'ai vraiment été confrontée à, au médecin généraliste dans ce cadre-là. » (P4E2)</i></p>
Perturbations du sommeil	Moins	<p>Avant :</p> <p><i>« Quand on va voir un médecin parce qu'on n'arrive pas à dormir par exemple. » (P4E1)</i></p>

6.3.1.2. Freins à cette prise en charge

Le frein à une prise en charge de difficultés psychologiques, cité plus souvent après visionnage, était le **manque de formation**.

« Je sais pas s'il y a une grande partie qui est accordée à de la psychologie ou à... dans la formation de médecin généraliste. » (P9E1)

« Je me dis « Pétard quand t'as pas de formation a minima psy, ça doit pas être facile hein d'accompagner les gens ». » (P7E2) ; « Je sais pas s'il y a une partie de la formation qui est liée à la psychologie des gens, j'en sais rien. Mais c'est quand même ultra compliqué. » (P10E2)

Le **manque de temps** n'a été cité qu'avant visionnage.

« Après c'est sûr qu'il faut pas non plus que ça aille trop loin, parce que sinon le médecin il fait que ça quoi... » (P1E1) ; « Ça évidemment ça demande du temps et souvent malheureusement les médecins généralistes n'ont pas ce temps-là. » (P6E1)

6.3.2. La confiance

La majorité des participants reconnaissait le rôle de confident du médecin généraliste. Ils ont été plus nombreux après visionnage à le noter.

« Quelqu'un pour pouvoir en parler... Effectivement c'est à elle que je me suis adressée quoi. En fait c'est le seul endroit où j'ai craqué. » (P7E1) ; « Je pense qu'il y a plein de gens qui parfois ne savent pas qui aller voir d'autre qu'un médecin généraliste. » (P9E1)

« J'ai aussi eu l'impression que beaucoup de gens se confient à leur médecin pour des problèmes qui dépassent les simples ennuis de santé. » (P2E2) ; « Il a forcément un rôle de confident. » (P5E2)

Un participant a noté que les confidences pouvaient parfois être une aide au diagnostic.

« Dans les confidences il peut y avoir des indices sur la maladie. » (P5E1)

6.3.2.1. Profil des patients qui se confient

Ces informations ont été plus données avant visionnage, les participants estimant que cela concernait certaines catégories de personnes seulement :

- **les personnes âgées**, notamment les femmes âgées

« Indirectement pour beaucoup d'entre elles, le médecin ça doit être un peu le complice, euh à qui on peut raconter beaucoup de choses. » (P3E1) ; « Chez certaines personnes âgées je pense qu'il a vraiment ce rôle-là. » (P6E1)

- **Les autres patients** mais pas eux

« Quitte à inventer un prétexte de maladie bénigne, un symptôme à la con juste pour pouvoir aller prétexter, justifier une consultation alors qu'ils ont juste besoin de parler quoi. » (P9E1)

6.3.2.2. Bases du rôle de confident du médecin généraliste

D'après les participants, le rôle de confident était possible grâce au **rapport de confiance**. Ce rôle concernait donc soit le médecin de famille, qui connaît bien le patient comme nous le voyons dans le chapitre concerné, soit un médecin généraliste qui le mettait rapidement en confiance et cela était noté seulement avant visionnage.

« Si ça peut être le confident ? J'imagine que oui mais encore une fois ça dépend si c'est un médecin de famille qui connaît la famille depuis longtemps. » (P10E1) ; « Si le médecin généraliste a suffisamment d'empathie pour engager un dialogue alors oui ça peut devenir un confident. » (P10E1)

Ils estimaient que ce rôle de confident était rendu possible par le **secret médical**, surtout après visionnage.

« C'est une personne avec qui tu crées du lien et je pense à qui tu dis des choses que tu ne dis pas aux autres. Parce qu'elle a le secret professionnel. » (P1E2) ; « C'est, personne n'est dupe, quand tu vas chez le médecin, tu sais très bien qu'ils sont sous le coup du secret médical. C'est super important parce que autrement tu ne lâches pas les choses comme ça non plus quoi. » (P7E2)

Il était plus important à la **campagne** qu'en ville, seulement avant visionnage.

« Je pense que le médecin généraliste, à plein d'endroits, et peut-être encore plus en milieu rural, c'est la personne que tu vas voir quand ça ne va pas. » (P9E1)

Des participants ont mentionné, lors du second entretien, que le cabinet du médecin généraliste était un des **rare lieux** où il était possible de se plaindre, de pleurer ou de ne parler que de soi.

« C'est aussi quelque part le seul endroit où les gens peuvent décharger tout comme ça sans avoir à écouter en retour. » (P6E2) ; « C'est un peu inhérent aux questions de solitude et d'individualisation de la société qui fait qu'il y a des repères qui nous sont accessibles et qui sont un peu envisagés comme des lieux où on peut s'exprimer en fait. » (P4E2) ; « Ça doit être un endroit où éventuellement beaucoup de gens peuvent pleurer. » (P7E2)

6.3.2.3. Difficultés pour le médecin généraliste

Plus de participants ont mentionné, après visionnage, qu'il pouvait être difficile pour le médecin généraliste de **recueillir les confidences**.

« Je trouverais que c'est une tâche très lourde à faire porter au médecin généraliste qui n'est pas un psychologue. » (P4E1)

« Même qui doit être très lourd pour lui. Parce que, ça doit pas être facile en tous les cas. Parce que des fois les confidences peuvent être pesantes. » (P5E2)

La deuxième difficulté, mentionnée plus fréquemment après visionnage, était le **manque de temps** pour le médecin généraliste qui l'empêchait de jouer ce rôle de confident.

« Ceux qui n'ont pas le temps parce qu'ils sont surbookés, qu'ils surstressés, qu'ils disent « Oui oui oui oui » mais de toute façon qui ne laissent pas la place, le cadre à ça. » (P6E2) ; « Tu peux confier qu'une partie, de toute façon tu n'as pas bien le temps de t'étendre non plus. » (P9E2)

6.3.3. La réassurance

Le rôle de réassurance a été plus mentionné avant qu'après visionnage.

« Ils ont aussi un rôle apaisant je dirais, rassurant. » (P7E1) ; « Je pense qu'il y a certaines personnes c'est vraiment quelqu'un qui les rassure. » (P8E1)

« En fait je pense qu'il y a vraiment des gens pour qui aller chez le médecin généraliste ça a un côté rassurant. Ne serait-ce que pour s'entendre dire « en fait vous allez plutôt bien ! ». » (P7E2) ; « En plus d'être soignés ils veulent être rassurés » (P2E2) ; « Il a un rôle important dans le bien-être du patient bien sûr. Entre autres c'est le côté rassurant qu'il peut avoir. » (P5E2)

6.4. Le rôle holistique

La médecine holistique correspond à une prise en charge globale du patient. Ce modèle de prise en charge, bien détaillé dans les référentiels, a également été théorisé sous le nom de modèle bio-psycho-social(36). Les participants décrivaient ce modèle holistique avec un vocabulaire différent mais en arrivant aux mêmes notions : la prise en charge du patient dans toutes ses composantes (biologique, psychologique et sociale) et nécessitant une participation active du patient. Le corollaire de cette participation active des patients est une importance accrue des aspects éducationnels.

La majorité des participants en a parlé avant visionnage.

« Pour moi c'est important d'adapter le soin à la personne parce que on ne peut pas faire de généralités. » (P6E1) ; « On ne traite pas une maladie, on traite une personne quoi voilà. » (P6E1)

Après visionnage, c'est une notion que tous les participants ont mentionnée comme une part importante du rôle de soin du médecin généraliste.

« Qu'est-ce qu'un bon médecin ? Est-ce que c'est un médecin qui remplit des prescriptions ou est-ce que c'est un médecin qui accompagne la personne vers ce qui est le mieux pour elle ? » (P6E2) ; « Un médecin généraliste si tu veux qui prend en compte toute la dimension humaine, tu te dis il fait un sacré job quand même. » (P7E2)

Nous avons regroupé sous ce chapitre la prise en charge du patient dans sa globalité, le rôle du patient dans sa santé, le rôle d'éducation à la santé et enfin nous avons développé ce qui, selon les participants, empêche la prise en charge du patient selon un modèle holistique.

6.4.1. La prise en charge du patient dans sa globalité

Plus de participants après visionnage ont évoqué la notion de globalité dans la prise en charge du patient comme une composante nécessaire. Encore une fois les participants ont utilisé un vocabulaire varié et différent pour cette notion. Pour la majorité des participants après visionnage, le médecin généraliste doit prendre en compte le fait que le patient évolue dans un environnement qui lui est propre. Pour proposer des soins adaptés il doit tenir compte de leur âge, de leur environnement familial et des difficultés économiques ou sociales qu'ils rencontrent.

« J'ai souvent l'impression que les patients aimeraient être plus considérés en tant qu'individus dans la globalité de leur problématique de vie. » (P9E1) ; « Je ne l'imagine pas autrement que comme quelqu'un qui a comme objectif de faire en sorte que les gens aillent mieux globalement. » (P10E1)

« Je trouve ça intéressant que la personne à laquelle je m'adresse puisse avoir une vision de mon corps dans sa globalité. Mais mon corps ça passe aussi peut-être qu'elle soit prête à me demander où j'en suis, dans ma vie, psychologiquement, voilà quoi. » (P9E2) ; « Je pense que c'est indispensable pour aller jusqu'au bout dans la démarche de soin. » (P4E2)

Ceci a été considéré par un participant après visionnage comme une partie de la difficulté du rôle de médecin généraliste.

« La somme de choses qu'il faut prendre en compte, qu'il faut connaître, qu'il faut savoir. Tu te dis c'est un boulot de fou, de dingue quoi. » (P7E2)

6.4.1.1. Médecin de famille

Les participants ont souvent évoqué la figure du médecin de famille avant et après visionnage.

Nous avons choisi d'en parler dans cette partie car les caractéristiques qui lui semblent propres sont notamment la prise en charge du patient dans son environnement familial et au long cours. Cette relation particulière est basée sur des liens étroits et une relation de confiance avec cette personne qui connaît bien le patient.

« Ce qu'on appelait un peu les médecins de famille, qui prennent la personne dans sa globalité, dans son histoire. » (P6E2)

6.4.1.1.1. Environnement familial

Ils ont été le même nombre avant et après visionnage à mentionner le « médecin de famille » comme le plus à même de prendre en charge de façon globale car il connaît le patient et son environnement notamment familial.

« Le médecin de famille, je me dis que le rôle que peut avoir un médecin généraliste c'est vraiment celui-là. » (P4E1) ; « Qui peut suivre tes enfants, qui peut suivre tes parents et tout ça. » (P1E1)

« C'est quelqu'un qui te connaît, qui peut suivre ta famille aussi. » (P1E2) ; « C'est elle qui a commencé à suivre aussi mes enfants. » (P7E2)

6.4.1.1.2. Prise en charge au long cours

Il n'y a pas eu de différence avant-après. Les participants ont mentionné la prise en charge sur plusieurs consultations comme un point important de la prise en charge en médecine générale.

« J'aimerais bien que mes enfants aient un interlocuteur unique longtemps etc. Pour moi ça c'est quelque chose d'important parce que du coup il y a un suivi sur la durée qui n'est pas possible ailleurs. » (P4E1)

« Un médecin généraliste tu peux revenir le voir plusieurs fois. » (P7E2)

6.4.1.1.3. La relation entre le médecin de famille et le patient

Les participants l'ont décrite comme une relation longue avec des liens étroits qui permettaient un grand rapport de confiance.

« En gros ça peut être une personne qui fait un peu partie de ta vie. » (P1E1) ; « C'est comme un espèce de médecin de famille, d'ami qui les regarde pousser depuis qu'elles sont tout bébé. » (P6E1)

« En y repensant je me suis dit qu'il y a avait quand même un peu de ce phénomène-là. C'est finalement quelqu'un qui va s'occuper de toi dans une situation où finalement tu ne sais pas quoi faire. » (P3E2)

6.4.1.2. Prise en charge du patient dans son environnement social

La problématique des conditions sociales des patients a été plus évoquée après visionnage. Les participants estimaient, surtout après visionnage, que les pathologies pouvaient découler des conditions sociales ou économiques et que le médecin devait s'y intéresser pour s'aider dans son diagnostic et proposer un soin adapté.

« Il doit voir les gens arriver pour quelque chose, concrètement là il peut juste guérir le bobo mais il doit bien voir que ça découle de, je sais pas, de conditions de vie qui sont vraiment mauvaises, l'insalubrité du logement ou des conditions sociales difficile. » (P3E1)

« Quand on est pauvre on est plus souvent malade à cause des conditions de vie, des conditions d'hygiène, d'alimentation. Un moins bon accès à l'éducation mine de rien ça a des impacts sur la santé parce qu'on est moins bien informé. » (P3E2) ; « Spécifiquement pour le médecin généraliste il y a un rôle un peu ... pas de suivi social, mais en tout cas d'intégration de la dimension sociale dans le suivi de soins. » (P4E2)

6.4.1.3. Recherche de la cause des symptômes

Après visionnage les participants ont moins évoqué la recherche et la prise en charge de la cause des symptômes des patients comme une part importante d'un soin adapté.

« Pour moi si tu veux le médecin généraliste c'est vraiment celui qui peut avoir l'idée la plus large de là où il faut aller creuser les choses. » (P7E1) ; « On soigne les symptômes mais pas la cause » (P5E1)

« Pour moi un bon médecin c'est un médecin généraliste qui va à la cause et qui va pas s'arrêter au symptôme. » (P6E2)

6.4.2. Rôle du patient dans sa santé

6.4.2.1. Respect de l'autonomie du patient

Les mêmes participants avant et après visionnage ont évoqué l'importance du respect de l'autonomie du patient dans sa prise en charge médicale.

« Peut-être un suivi mais pas justement trop de pression. » (P6E1)

« Ce que j'ai apprécié je vois chez un médecin, c'est de laisser le libre arbitre, de laisser la liberté au patient de ... » (P6E2) ; « On ne peut pas faire pour l'autre aussi ça c'est important et on ne peut pas obliger, on ne peut pas faire pour l'autre, on ne peut pas le tirer de force. C'est important aussi d'apprendre à respecter ça. » (P6E2)

Un participant a précisé que les « jeunes médecins » étaient plus enclins à respecter l'autonomie de leurs patients.

« Je pense que la jeune génération ils sont beaucoup moins hard là-dessus quand même. » (P7E2)

6.4.2.1.1. Sujets touchés

Avant visionnage, le principal sujet évoqué a été le choix ou non de se soigner et *in fine* la question de l'acharnement thérapeutique ou de l'euthanasie.

« Il y a des gens qui n'ont pas non plus envie. Qui peut-être sont fatigués de la vie, n'ont pas envie de trainer des mois avec une pathologie terrible et oui moi je trouve que c'est bien d'avoir le choix ou pas, de faire de la chimio, de faire... C'est important aussi. » (P6E1)

Après visionnage, on retrouvait des sujets similaires mais également d'autres plus « légers » : choix ou non d'hospitalisation, choix ou non de vaccination.

« Un vieux qui veut mourir chez lui, vous pourriez être euh... concrètement passer outre cette décision ? » (P2E2) ; « Ça a été toujours comme ça avec elle sur les vaccins, à aucun moment je ne suis arrivée à faire entendre ma position. » (P7E2)

6.4.2.1.2. Freins au respect de l'autonomie du patient

Ce sujet n'est abordé par les participants qu'après visionnage.

6.4.2.1.2.1. Hygiénisme de la société

Quelques participants ont noté, après visionnage, qu'il était difficile pour le médecin de prendre des décisions contraires à ce qui est recommandé par une société décrite comme **hygiéniste** : vaccination obligatoire pour tous, acharnement thérapeutique...

« Je pense qu'il y a des médecins généralistes qui ont des convictions qui vont pas dans le sens de vacciner à tout prix, à tout bout de champ et pour tout et n'importe quoi. Et en même temps je pense que c'est pas si simple que ça dans la société dans laquelle on est de pouvoir tenir un discours pareil. » (P7E2) ; « On ne sait pas laisser les gens, on prend le contrôle du corps des gens. » (P2E2)

6.4.2.1.2.2. Peur des conséquences

Quelques participants ont également parlé des risques encourus par le médecin à respecter l'autonomie du patient si celle-ci va à l'encontre des recommandations légales.

« C'est là où je me suis posée la question, par peur des représailles ? » (P6E2)

6.4.2.1.2.3. Conflits éthiques

Des participants estimaient que, pour certains médecins, le respect de l'autonomie du patient pouvait aller à l'encontre de leur conviction personnelle notamment dans le cas de l'euthanasie.

« Certains parce que c'est guérir à tout prix, parce que c'est leur éthique ? » (P6E2) ; « Je pense qu'il y a un besoin de prise de recul par rapport à sa propre vision du monde, à ses propres valeurs. » (P4E2)

6.4.2.2. Adaptation du médecin au patient

6.4.2.2.1. Du discours

Les participants ont mentionné une nécessité d'adapter son langage, d'éviter d'utiliser un **jargon professionnel**. Ce sujet a été évoqué par le même participant avant et après, celui-ci a relativisé ses propos lors du second entretien en précisant que c'était surtout le fait de jeunes médecins pour cacher leur manque d'expérience.

« Des fois quand ils savaient pas trop comment dire les choses bah voilà ils se cachaient derrière leur jargon pro. » (P7E1)

« Quand il y a des remplaçants et qu'ils sont un peu plus jeunes, moi j'ai souvenir que il y en avait un il se cachait derrière son jargon. » (P7E2)

Le deuxième point évoqué a été celui du **respect des sujets** que chaque patient souhaitait aborder. Il a également été question de la manière de les aborder, c'est-à-dire **sans brusquer** les patients. Ce point a été légèrement plus évoqué après qu'avant visionnage.

« Si on pense que la personne qui est en face de nous nous parle de quelque chose mais en fait c'est autre chose qu'il faut ajuster. Oui c'est du rôle du médecin généraliste de faire ça. » (P9E1)

« Il est toujours partagé entre ce qu'il peut dire, ce qu'il doit dire, ce qu'il aimerait dire Ça va être à lui de dealer avec ce qu'il se permet de dire. » (P9E2)

6.4.2.2.2. De la pratique

Le participant qui en a parlé avant visionnage, a noté que les médecins généralistes pouvaient adapter leurs prescriptions en fonction des besoins des patients et de leurs souhaits.

« Qui ont vraiment adapté le traitement en fonction du besoin et de tout le développement de l'enfant, de l'adulte. » (P6E1)

« C'est vrai que pour certaines personnes la médication elle va être de prendre des nouvelles et de passer. » (P6E2) ; « Il pousse les gens à aller vers ce qui lui semble le plus juste pour eux. » (P6E2).

6.4.2.3. Information du patient

Le même nombre de participants avant et après visionnage a noté l'importance d'une information claire, loyale et appropriée. La difficulté selon un participant était d'adapter cette information pour qu'elle soit franche sans être brutale.

« C'est un peu compliqué parce que c'est donner à la fois le maximum de renseignements mais sans trop te noyer dessous pour pas trop t'inquiéter non plus. » (P7E1)

« Il était capable d'être franc mais sans trop bousculer non plus. » (P7E2) ; « C'est lié à l'éducation, c'est la capacité de, d'expliquer à quelqu'un qui est persuadé de quelque chose que soit il se trompe ou alors... Et du coup la médiation c'est pas de lui rentrer dans le lard c'est vraiment de lui expliquer pourquoi, de l'amener à accepter le truc. » (P10E2)

6.4.2.4. Participation active du patient et travail en partenariat

Ces 2 notions n'ont été que très peu abordées et il n'a été noté qu'avant visionnage que cela était important pour un soin adapté.

« Juste ton patient il sait des choses, il ressent des choses, il est en train de t'en parler et des fois je pense que le médecin perd énormément de temps juste parce qu'il se concentre sur un truc, qui correspond lui à ce qu'il a appris, à ce qu'il ressent, à son expérience, mais du coup il écoute moins ce que la personne en face de lui est en train de lui dire. » (P9E1)

« Le patient il arrive dans une position d'attente donc c'est quand même beaucoup des choix qui découlent du médecin généraliste. » (P9E2)

6.4.3. L'éducation à la santé

Elle faisait partie du rôle du médecin généraliste pour la majorité des participants surtout après visionnage. Elle concernait plusieurs champs qui ont été cités de façon à peu près équivalente avant et après et que nous avons détaillé ci-dessous.

« Il peut y avoir un rôle de conseil assez important. » (P4E1)

« Ils peuvent avoir un rôle d'éducation à la santé, à l'alimentation, à l'hygiène de vie, à... Effectivement ouais. Là quand il parle de l'importance du sommeil, de l'importance de bien se nourrir, voilà... mais même quand il parle de la toxicité des médicaments tu vois ! » (P7E2) ; « Il y a un rôle de conseil aussi. » (P4E2)

Des participants ont précisé que c'était un élément qu'ils n'avaient pas perçu avant visionnage.

« Le fait d'être un peu à distance je me suis dit, effectivement c'est pas un truc que j'avais vraiment perçu. » (P7E2) ; « Peut-être ce qui a peut-être un peu changé c'est une capacité de médiation et une capacité d'éducation presque. » (P10E2)

6.4.3.1. Sujets abordés

De nombreux sujets semblaient faire partie, pour les participants, de ce rôle de conseil ou d'éducation en santé.

Deux fois plus de participants après visionnage ont noté que le médecin généraliste devait faire comprendre au patient que ses **problèmes n'étaient pas d'ordre somatique** et pouvaient être liés à des difficultés psychologiques.

« Faire comprendre à la personne qu'elle n'est peut-être pas malade, que le problème est ailleurs. » (P4E1)

« Là tu dis putain il est courageux parce que il lui dit : « Ça, ça ne peut être que momentané quoi ! Il faut gérer le problème quoi ! Il ne faut pas gérer que le symptôme » et je trouve chouette son discours. » (P7E2)

Le même nombre de participants avant et après visionnage a parlé du rôle du médecin généraliste dans **l'information sur les médicaments** mais les termes ont été différents. Après visionnage, les participants qui en parlaient précisait que cela semblait difficile à réaliser car les patients étaient peu à l'écoute. L'information notamment sur la toxicité des médicaments (antibiotiques et psychotropes) ne semblait pas toujours passer auprès des patients.

« Expliquer comment prendre les médicaments, ça ne doit pas toujours être évident. » (P3E1)

« Bah ça doit pas être simple pour un médecin généraliste quoi, de dire « non mais là il n'y a pas besoin d'antibiotiques quoi ! » (P7E2) ; « Je pense qu'il y a une éducation à faire des gens, plus dans l'éducation de leur rapport à eux, de leur rapport à l'aliment, de leur rapport au médicament que dans la médication. » (P6E2)

La moitié des participants après visionnage a noté que conseiller les patients sur **l'hygiène de vie** faisait partie du rôle du médecin généraliste. Cela incluait des conseils sur l'alimentation, sur l'importance de l'exercice physique et sur le sommeil

« Peut-être certaines habitudes alimentaires ou certaines choses qu'il faut faire ou pas faire. » (P3E1)

« LA SANTÉ quoi ! On parle pas de maladie, on parle d'éducation à la santé donc comment on considère les choses qu'on est obligé de faire pour se sentir en santé ? » (P9E2) ; « L'autre qui fume là

et qui vient en posant le diagnostic elle-même... Qu'est-ce que tu veux qu'il lui dise ! « Arrêtez de fumer ça ira mieux ». » (P9E2)

Un participant a parlé avant et après visionnage de l'importance de **l'information sur le corps humain et sur la sexualité**.

« Ça peut assez vite parler de la manière dont on se nourrit, de notre rapport à la sexualité, de quel rapport on a à notre corps. » (P9E1)

« Voilà quoi j'espère qu'on a une éducation à soi, à notre corps, à notre santé... En fait on se demande où elle se trouve un peu quoi ! » (P9E2) ; « On parle pas de maladie, on parle d'éducation à la santé donc qu'est-ce que c'est un corps en santé ? Qu'est-ce que c'est sentir son corps quand on est aussi bien dedans ? » (P9E2)

Les questions de l'éducation aux **motifs de consultation** et éducation sur **la parentalité** n'ont été abordées qu'une fois chacune.

6.4.3.2. Freins à l'éducation à la santé

Tous les freins à la mise en place d'une éducation à la santé n'ont été cités qu'après visionnage.

Les participants estimaient après visionnage que le rôle du médecin généraliste dans l'éducation à la santé **devait être partagé**, avec l'école notamment.

« Enfin heureusement qu'il n'y a pas que lui qui le porte quoi ! » (P9E2) ; « Si c'est qu'en consultation il y a un gros problème. » (P9E2)

Ils notaient également qu'elle était rendue plus difficile par le **manque d'écoute des patients** et la non volonté des patients d'entendre ce discours.

« Je sais pas on dirait que la santé est une contrainte quoi ! il y a un espèce de rejet de ce que ça veut dire avoir un corps et des obligations par lesquelles ça passe quoi ! » (P9E2)

Elle est également rendue difficile par **manque de temps** car lorsque les patients viennent en consultation il y a généralement un problème à régler.

« Les gens viennent souvent parce qu'ils ont un problème donc c'est pas forcément la bonne occasion pour faire de l'éducation à la santé. » (P9E2)

6.4.4. Freins à la prise en charge holistique des patients

Les participants ont identifié différents freins à une prise en charge globale, holistique des patients.

6.4.4.1. Freins propres aux médecins généralistes

Deux fois moins de participants après visionnage ont reproché au médecin généraliste d'être pressé ou expéditif lors des consultations.

« Le fait d'être un peu expéditifs dans la consultation. » (P4E1) ; « C'est des gens qui ont 10 minutes ou 15 minutes par rendez-vous et je trouve que c'est pas suffisant. » (P5E1) ; « Je le perçois toujours pressé donc c'est souvent « vite, vite, vite, vite ». » (P6E1)

« J'avais l'impression qu'il était toujours pris par le temps voilà qu'il courait un peu après le temps et qu'il fallait optimiser tout. » (P5E2) ; « C'est vrai que je pense qu'ils manquent de temps donc ils sont dans un rapport à eux-mêmes un petit peu sur le mode du stress. » (P6E2)

6.4.4.2. Freins propres aux patients

Le même nombre de participants estimait que la mobilité de la population menait à un vagabondage médical et donc à une méconnaissance des patients. Ceci entraînerait une incapacité à prendre en charge le patient de façon globale.

« Je pense qu'il y a un problème de mobilité de la population qui ne facilite pas du tout la médecine. » (P5E1)

« Entre ce que la personne dit et ce qui est la réalité il y a forcément une différence. Et donc bien connaître les gens ce serait bien mieux. » (P5E2)

7. LE « BON » MÉDECIN GÉNÉRALISTE

« Un bon médecin généraliste c'est un médecin généraliste avec qui déjà tu te sens bien ! » (P9E1)

Au fil des entretiens, un profil-type du bon médecin généraliste s'est dessiné. Il existait des différences avant-après visionnage sur ce que les participants attendaient de leur médecin généraliste.

Nous avons détaillé les qualités attendues du médecin généraliste, les motivations imaginées au choix de cette carrière, et l'indulgence dont font preuve les participants face aux médecins généralistes.

7.1. Les qualités recherchées chez le médecin généraliste

Lors des entretiens les participants détaillaient les qualités qu'ils jugeaient essentielles chez le médecin généraliste. Nous les avons classées par ordre décroissant d'évocation après visionnage.

7.1.1. L'écoute

Celle-ci a semblé être la qualité la plus indispensable selon les participants. Le même nombre de participants avant et après visionnage l'ont notée comme une qualité essentielle.

« Alors les qualités : l'écoute. » (P6E1) ; « Dans l'idéal pour moi ce serait, un médecin généraliste ce serait quelqu'un à l'écoute qui prenne le temps. » (P6E1)

« L'écoute (silence). Je pense que c'est l'essentiel. » (P4E2) ; « L'écoute pour moi elle est primordiale. » (P5E2)

La notion d'**écoute active ou attentive** a été plus citée après visionnage.

« Il y a plein de patients qui exagèrent aussi, il y a toujours quelque chose à prendre là-dedans. Un peu comme les enfants, des fois ils en font des caisses pour un truc mais s'ils te disent ça enfin c'est toujours symptomatique d'autre chose. » (P9E1) ; « Capable d'écouter oui, je dirais d'entendre aussi. » (P7E1)

« Là-dedans il faut qu'il pioche, il faut une forte part de psychologie pour arriver à piocher là-dedans la vérité de chaque personne quoi. » (P5E2)

Cette qualité n'est pas partagée par tous les médecins généralistes et cela a surtout été pointé avant visionnage.

« J'ai quand même l'impression que, une fois qu'ils ont pointé quelque chose, qu'ils ont déduit quelque chose de ce que tu étais en train de leur dire, c'est quand même dur de déplacer la chose. » (P9E1)

Après visionnage, c'est surtout le manque de temps qui a été tenu pour responsable de ce défaut d'écoute.

« Ils savent qu'il faut que ce soit comme ça, qu'ils aient une bonne écoute et tout mais je les sens toujours pris par le temps. » (P5E2)

Un participant a précisé que les médecins plus âgés seraient plus à l'écoute.

« Il me semble que les vieux médecins sont plus à l'écoute. » (P5E1)

7.1.2. L'humilité

Ils ont été un peu plus nombreux après visionnage à considérer que l'humilité était une qualité indispensable pour le médecin généraliste. Elle a été utilisée dans le sens de la **reconnaissance de son incompetence**.

« Être en capacité de se dire « peut-être que mon diagnostic est pas bon, de se dire « attention je suis pas sûr je demande un avis ». » (P10E1)

« Pour moi ce serait une qualité qu'il ose partager son diagnostic avec un autre avec un collègue à lui. Je ne me dirais pas « il est nul il ne sait pas ». Au contraire je me dirais « il est intelligent il demande une confirmation ». » (P5E2)

Cette qualité semblait fondamentale d'après les participants. En effet, elle a également été mentionnée, lorsqu'elle n'était pas présente, comme 1) un facteur d'orientation trop tardive vers un médecin spécialiste, 2) un frein à l'exercice de la fonction holistique et médicale du médecin généraliste et 3) un frein à l'instauration du rapport de confiance entre médecin généraliste et patient.

7.1.3. L'empathie

C'était une des plus grosses différences entre avant et après visionnage. Le nombre de participants estimant que l'empathie était une qualité indispensable à l'exercice de la médecine générale a plus que doublé entre les 2 entretiens.

« Je peux pas dire que j'en ai trouvé un où j'ai pas senti d'empathie quoi. » (P7E1)

« J'ai l'impression qu'il faut aussi beaucoup d'empathie pour les gens. » (P2E2) ; « Dans les films je trouvais qu'ils avaient énormément d'empathie pour les gens. Et je ne m'en rendais pas compte. » (P5E2)

7.1.4. La disponibilité

Cela correspondait, pour les participants, à une disponibilité en temps de consultation. Ils ont été plus nombreux après visionnage à estimer qu'un bon médecin généraliste devait être disponible.

« La disponibilité. Être disponible. » (P4E1)

« Je pense qu'on n'est pas médecin généraliste si on n'est pas disponible pour voir un certain nombre de patients par jour. » (P4E2)

7.1.5. L'intérêt pour l'humain

Plus de participants ont évoqué, après visionnage, l'importance pour le médecin généraliste d'être intéressé par l'humain.

« C'est même pas en terme de compétences médicales, mais ce que les gens voient en premier voilà c'est ça c'est un rapport humain quoi » (P9E1)

« Il y a le médecin généraliste, j'allais dire le bon médecin généraliste. Le médecin généraliste où c'est quelqu'un qui s'intéresse réellement aux gens. » (P3E2)

Un participant a précisé, après visionnage, que cette qualité était plus vraie chez les médecins de campagne.

« Je pense que les médecins de campagne sont plus proches de l'humain. » (P5E2)

7.1.6. La conscience professionnelle

Sur ce point ils ont été plus nombreux après visionnage à considérer que cette qualité était nécessaire à un bon exercice de la médecine générale.

« Moi il me semble que vous faites pas à un métier où tu peux dire « Oh là je m'en fous j'en ai marre ». » (P2E2) ; « Vous, je pense que même vos trucs où vous vous dites « Ça pourra attendre demain », faut que quand même que vous vous posiez bien la question « Est-ce que c'est grave » » (P2E2) ; « On ne peut pas laisser tomber les gens ! Donc voilà c'est pas « Il est 5h je lâche tout et je rentre chez moi ». » (P6E2)

Comme nous l'avons vu plus haut (4.2.1.4), la conscience professionnelle, dans ce qu'elle implique de disponibilité notamment, pouvait mener à une difficulté à concilier vie professionnelle et vie privée d'après les participants.

7.1.7. La patience

Ils ont été moins nombreux à évoquer cette qualité comme indispensable.

« La première à laquelle je pense c'est la patience. » (P2E1)

« Je pense qu'il faut une bonne dose de patience pour être capable de recevoir tous les maux qu'ont les gens. » (P5E2)

7.1.8. L'altruisme

Ils ont été le même nombre (mais pas les même participants) à noter l'altruisme comme une qualité nécessaire à la pratique de la médecine générale.

« Faut être altruiste. » (P2E1)

« Je peux pas dire que je sois tombée dans ma vie sur un médecin généraliste inhumain. » (P7E2)

7.1.9. La compétence

Elle semblait indispensable pour la moitié des participants avant visionnage, mais ce n'était plus le cas que pour une personne après visionnage.

« Faut être compétent quand même. » (P2E1) ; « Toutes les compétences que ça demande. » (P7E1)

« Outre des compétences médicales. » (P2E2)

Un participant a précisé que cela concernait les compétences à la fois techniques et humaines.

« Cette espèce de technicité à avoir, de connaissances de compétences, de... Et à la fois de rapport humain. » (P10E2)

7.1.10. L'abnégation

Elle n'a été citée qu'après visionnage.

« On va dire que ce qui revient c'est un peu le côté, une certaine abnégation, euh face au métier. » (P3E2) ; « Ils s'oublent énormément. » (P5E2)

7.1.11. Autres qualités

Nous avons décidé de citer les autres qualités mentionnées par les participants, sans les détailler. En effet, moins de deux participants les ont citées et cela sans différence notable avant-après.

On retrouvait parmi ces qualités : l'efficacité, la générosité, la bienveillance, l'ouverture d'esprit, la proximité géographique la formation continue, l'hygiène, l'honnêteté, et la capacité de travail.

7.2. Les motivations du choix de la profession de médecin généraliste

Les participants se sont exprimés sur les raisons pour lesquelles, selon eux, les étudiants choisissaient la médecine générale comme spécialité.

7.2.1. L'argent et le statut social

En général, ces deux notions étaient intriquées. Ils ont été presque la moitié à considérer que l'argent et le statut social pouvaient être une raison du choix de cette spécialité avant visionnage et 2 fois moins après. Lors du second entretien, cette notion a été plutôt exprimée au conditionnel.

« Je pense qu'il y en a qui font ça pour le fric. » (P5E1) ; « Il y a peut-être beaucoup de médecins généralistes qui font ça parce que ils sont très bien payés ou qu'ils ont une reconnaissance sociale. » (P10E1)

« Oui il y a des médecins généralistes qui sont là parce que c'est une situation sociale et financière intéressante. » (P10E2) ; « Il y en a peut-être qui le font pour l'argent, je sais pas. » (P6E2)

Des participants ont, au contraire, affirmé que les médecins généralistes **ne pouvaient pas choisir la médecine générale pour cette raison.**

« Pas un médecin généraliste je pense pas qu'il fasse ça pour l'argent parce que je pense pas qu'un médecin généraliste il gagne des milliers d'euros ! » (P6E2) ; « Je pense que quand tu fais médecin généraliste, c'est pas du tout pour l'argent. » (P7E2)

7.2.2. L'envie d'aider

Le même nombre de participants lors des 2 entretiens considérait que c'était une des principales raisons au choix de cette profession.

« Un peu par envie d'aider, par envie de soigner voilà. » (P5E1)

« Il y a un côté idéal, le plaisir de soigner les gens, apporter du bien-être et de soigner les gens je crois. » (P5E2) ; « Il y en a qui le font pour l'éthique. Cette éthique elle va vers, avoir envie d'aider son prochain. » (P6E2)

7.2.3. La vocation

La médecine générale était choisie par vocation pour plus de participants après qu'avant visionnage.

« Je pense il y en a aussi une bonne moitié qui fait ça par vocation. » (P5E1)

« C'est parce que tu as une vocation à vouloir aider l'autre et à accompagner et apporter quelque chose à l'autre. » (P7E2)

7.2.4. Les motivations citées seulement après visionnage

- **L'aspect scientifique** de la médecine ou le défi scientifique du soin médical.

« C'est la passion de la science qui fait qu'il a envie d'avancer et d'aller vers trouver des solutions ou... Il y a des passionnés aussi d'arriver à dénouer les mystères de la science et de biologie. » (P6E2)

- **L'intérêt pour le rapport humain**, la curiosité pour l'humain. Cette qualité était jugée comme essentielle par quelques participants.

« C'est à dire qu'au-delà de la médecine, je pense que c'est l'humain qui intéresse le médecin généraliste. » (P7E2)

- **Le sentiment de pouvoir**, de toute-puissance du médecin généraliste.

« Il y en a qui vont le faire avec le sentiment de toute-puissance, pour nourrir leur ego. » (P6E2)

- La recherche de **la résilience** pour eux-mêmes.

« Je pense que certains médecins peuvent aussi faire le choix d'aller aider les autres parce qu'ils ont touché le fond à un moment donné. » (P6E2)

7.3. Le médecin généraliste : un être humain

Moins de la moitié des participants avant visionnage a noté que le médecin généraliste était un être humain et que tous les médecins généralistes étaient différents au même titre que la population générale. Ils ont été moins nombreux après visionnage à le préciser.

« Je pense que c'est comme tout le monde, ils sont tous différents, vous êtes tous différents » (P5E1) ;

« il y a autant de médecins que de cas d'humanité différente. » (P6E1)

« C'est un médecin généraliste que tu vas voir et pas LA médecine quoi. » (P9E2)

Un participant cependant a noté que le visionnage des films a humanisé la fonction.

« Pour le coup le fait de voir les films ce que ça m'a... ça m'a permis de réaliser aussi que ouais c'est des médecins généralistes mais c'est des êtres humains, et ça je pense que c'est assez facile en tant que patient de le perdre de vue. La dimension humaine du médecin en fait. » (P7E2) ; « On n'est vraiment que sur la fonction et du coup on en oublie que c'est un être humain qui exerce cette fonction-là. » (P7E2)

Pour deux participants avant visionnage cela revenait également à dire que le médecin généraliste n'était pas un surhomme ou un super héros.

« Un médecin est un être humain, c'est pas un super héros. » (P9E1)

7.4. Le bon médecin généraliste : difficile à trouver

Un participant a expliqué lors du premier entretien qu'il pouvait être difficile de trouver un « bon » médecin généraliste.

« Pour plein de gens c'est dur de trouver un bon médecin généraliste. » (P9E1)

Il a été précisé que c'était le cas car beaucoup de critères étaient nécessaires.

« Un bon médecin pour la plupart des gens c'est quelqu'un avec qui ça se passe bien, avec qui tu arrives à te sentir en confiance, avec qui tu arrives à t'exprimer, qui ne te coupe pas la parole, qui t'écoute, avec qui il y a du dialogue quoi et de la justesse. » (P9E1)

« Comment être efficace tout en étant empathique et comment ne pas être trop cartésien non plus. » (P9E2)

8. LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET L'ÉTHIQUE

Ces questions ont été abordées spontanément par les participants au fur et à mesure des entretiens.

8.1. Erreurs médicales

8.1.1. Causes

- Une **trop bonne connaissance du patient qui mène à le négliger.**

« Le médecin te connaît tellement, il peut passer à côté de certaines choses. » (P1E1)

« Le fait de trop connaître son patient, et du coup peut-être de passer à côté de quelque chose. » (P1E2)

- La **fatigue et le manque de temps ou de concentration.**

« 4 à 5 patients à l'heure, 10h ça leur fait 50 patients dans la journée j'ai pas envie d'être le 50^{ème}. À mon avis le diagnostic risque d'être, il risque de passer à côté de par sa fatigue. » (P5E1)

« Je trouve que c'est des conditions difficiles franchement. Presque trop quoi. Je pense que c'est dangereux et pour eux et pour le patient. » (P5E2) ; « Après 10h de travail, poser un diagnostic, quand c'est en fin de journée, quand il est fatigué il risque de passer à côté de quelque chose d'important quoi. » (P5E2) ; « Clairement l'erreur elle a été du surmenage. » (P6E2)

- La **routine** du métier.

« Quand les choses deviennent habituelles, quand elles deviennent simples en fait, et ben on fait beaucoup moins gaffe ! Et c'est là qu'on se plante. » (P10E1)

- La cause citée seulement après visionnage : la « **bonne foi** ».

« Je pense qu'il y a des erreurs mais qui sont vraiment dues à une méconnaissance de la psychologie humaine si tu veux. Elles sont vraiment... J'ai presque envie de dire des erreurs de bonne foi. » (P7E2)

De plus, après visionnage, les participants ont estimé que les erreurs pouvaient arriver à **tout le monde**,

« Je pense que des erreurs ça peut arriver à tout le monde hein ! On est humain voilà ! Après c'est pas en terme de jugement, il y a des gens qui font de leur mieux et puis il arrive des fois... On n'est pas parfait donc oui il peut y avoir des accidents ! Oui il peut y avoir des erreurs ! » (P6E1)

et que pour les médecins généralistes, les conséquences n'étaient **pas forcément graves**.

« C'est des erreurs mais qui sont pas forcément dramatiques pour un médecin généraliste. » (P7E2)

8.1.2. Reconnaissance par le médecin généraliste de ses erreurs

Elle est apparue importante pour le même nombre de participants avant et après.

« Je lui reproche je crois de ne jamais m'avoir appelée pour s'excuser. » (P6E1)

« De ne pas avoir fait la démarche de, même pas de s'excuser mais au moins de venir me parler de ça. » (P6E2)

Après visionnage, un participant a estimé qu'il n'était pas nécessaire pour le médecin généraliste de s'excuser si son erreur était « une erreur de bonne foi ».

« Si c'est quelqu'un de bonne foi qui a fait une erreur, je ne vois pas vraiment l'intérêt de le dire. » (P2E2)

8.2. Autres

La question des dépassements d'honoraires et des violences médicales a été très peu abordée sans différence avant et après entretien. Nous avons décidé de ne pas la développer dans cette étude.

8.2.1. Secret médical

Plusieurs participants ont signalé avant visionnage que le secret médical était respecté par les médecins généralistes. Aucun ne l'a mentionné après. Le même nombre de participants entre les deux entretiens a estimé que celui-ci était important notamment car il favorisait la **confiance** ou parce qu'il était une **protection pour les patients**.

Les participants ont posé des **questions éthiques**, notamment sur les limites du secret médical : les signalements, l'information du conjoint, l'information de la famille. Ces éléments ont déjà été traités dans les parties concernées (6.2.2.1 information de la famille notamment).

« Mais si la santé de quelqu'un est menacée j'imagine que... il y a une manière d'y déroger. » (P2E2)

8.2.2. Rapports avec les laboratoires pharmaceutiques

Ils ont été moins nombreux après visionnage à estimer que ces rapports favorisaient les prescriptions non justifiées. Ce point a déjà été abordé dans les causes de la surprescription.

« Moi j'ai toujours un peu l'inquiétude des lobbys pharmaceutiques qui poussent à faire des choses. » (P5E1) ; « Je pense que c'est une grosse industrie l'industrie pharmaceutique et que du coup ben forcément si on fait des médicaments il faut les vendre et du coup il y a un peu de ça. » (P8E1)

DISCUSSION

Dans l'analyse, nous avons comparé l'image que les participants avaient du médecin généraliste avant et après visionnage. Nous avons également comparé cette évolution avec les travaux précédents sur les différents sujets et les référentiels définissant le cadre de la profession de médecin généraliste.

1. RÉSULTAT PRINCIPAL

Comme nous l'avons vu dans la première partie, le médecin généraliste dans l'exercice de ses fonctions n'est pas une figure très cinématographique ; ceci est corroboré par les participants à cette étude, qui ont été une majorité à affirmer avant visionnage qu'ils n'avaient pas de souvenir de médecin généraliste cinématographique.

Ceci prouve que l'image que les participants avaient avant visionnage n'était pas forgée par le cinéma, mais seulement par leur propre expérience de la relation médecin-patient. Nous pouvons donc en déduire que la différence entre la vision avant et celle après visionnage est significative.

Par ailleurs, d'après les participants, l'image du médecin généraliste, donnée par le cinéma, est plus fidèle que ce qu'ils en pensaient avant visionnage et moins idéalisée.

Grâce à cette étude, nous avons pu répondre à notre question de recherche. Comme nous en avons émis l'hypothèse, le visionnage des films a provoqué une évolution de l'image du médecin généraliste chez les spectateurs.

Cette évolution va en général dans le sens d'une **meilleure connaissance** du métier de médecin généraliste surtout sur les thèmes traités principalement dans les films ; c'est à dire la fonction sociale du médecin généraliste, le risque important d'épuisement professionnel et la place prépondérante de la prescription médicamenteuse dans le travail du médecin généraliste.

Cette évolution va également dans le sens d'une **plus grande indulgence** vis-à-vis du médecin généraliste même s'il existe toujours de grandes attentes concernant sa disponibilité notamment.

2. FORCES ET FAIBLESSES

2.1. Biais

S'agissant d'une étude qualitative, les résultats ne peuvent pas être généralisés.

Les participants ont des caractéristiques différentes de celles de la population générale dans leur rapport au médecin généraliste. Ils consultent moins que la moyenne des français et une minorité d'entre eux rapporte des antécédents nécessitant un suivi médical (37). Les participants ne sont donc que peu en contact avec les médecins généralistes par rapport à la population générale.

De plus, ces participants sont triés sur le fait qu'ils comprennent le français, le parlent, ont un lecteur DVD ou un ordinateur et savent lire un DVD. Ils sont de plus capables d'analyser et d'exprimer leur vision du médecin généraliste.

Les entretiens étant effectués par nous-mêmes et les participants connaissant notre profession, les participants peuvent avoir modéré ou au contraire amplifié certains de leurs propos de ce fait. Cependant nous avons tenté de minimiser cet effet en précisant au début de chaque entretien que nous souhaitions des réponses franches sans censure de leur part.

Les participants étaient revus dans les jours ou semaines suivant le visionnage des films. Nous n'avons donc pas pu évaluer si l'image qu'ils avaient du médecin généraliste était modifiée de façon durable.

Bien que nous ayons recherché la saturation des données, il nous semble que celle-ci ne peut jamais être totalement atteinte dans ce type d'études. Nous avons décidé de nous arrêter lorsque nous n'entrons plus de nouvelles données dans les tableaux de codage. Cependant, le vocabulaire utilisé, le langage non verbal, apportent des subtilités qui compromettent une possible saturation des données.

2.2. Points forts de l'étude

Au vu de la bibliographie effectuée, nous considérons cette étude comme inédite avec un échantillon représentatif de la population française en terme de sexe et d'âge (38). Les profils des participants étaient divers tant du point de vue des professions exercées que des statuts maritaux.

Par ailleurs, l'image du médecin chez les participants à notre étude avant visionnage était comparable à celle retrouvée dans la population générale d'après la littérature (6,7,20) , notamment sur leurs connaissances des rôles du médecin généraliste et sur leurs conditions de travail. Ceci participe à valider la qualité de la recherche.

La fiabilité de l'analyse est également garantie par le réalisme des films qui permettent, pour les participants, d'extrapoler leur point de vue sur les médecins généralistes cinématographiques à tous les médecins généralistes.

La méthode de recrutement utilisée est validée pour garantir un échantillon homogène dans ce type d'études. Les entretiens sont riches en données.

Nous avons effectué une triangulation des données qui garantit une analyse fiable.

3. RÉSULTATS DE L'ANALYSE DES DONNÉES

Quels thèmes les participants ont-ils développés et, dans leur évolution, se sont-ils rapprochés ou éloignés des définitions officielles ?

Nous avons décidé de développer plus précisément les éléments pour lesquelles une nette différence avant et après visionnage a été notée. Cependant, nous avons commencé par évoquer les thèmes importants pour les participants sans pour autant que nous ayons constaté une évolution franche dans leur évocation entre les deux entretiens.

Nous avons ensuite traité de la fonction sociale du médecin généraliste, de son rôle de prescripteur de médicaments avec les risques de surprescription associés et de la difficile conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle avec le risque d'épuisement professionnel associé. Enfin, nous avons montré l'indulgence dont font preuve les participants après le visionnage des films.

3.1. Thèmes importants en médecine générale sans évolution franche de la perception qu'en ont les participants

Quelques thèmes nous paraissaient fondamentaux. Nous nous sommes cependant aperçus qu'ils n'étaient pas les aspects les mieux connus par la population générale, d'après la bibliographie et notre travail. Ces thèmes n'ont bénéficié d'aucune évolution grâce au visionnage.

Les participants ont une vision de la **prise en charge holistique** du patient concordante avec sa définition dans les référentiels. C'est un élément fondamental de notre formation et de notre pratique du métier. Malgré le visionnage, nous n'avons pas constaté de plus grande évocation de ce modèle de prise en charge du patient car il semble être évident pour les participants que le médecin généraliste, surtout le médecin de famille, prend en charge de façon globale, et non pas en se concentrant uniquement sur les symptômes rapportés.

Le médecin de famille est considéré comme ayant une relation longue, connaissant l'environnement social et familial et, à ce titre, est le seul à même de prendre en charge de façon holistique. Les participants semblent mettre sous le titre de « médecin de famille », un médecin fantasmé, ami, confident, autorité concordant avec celui représenté dans ces 3 films. Ce rôle a cependant été évoqué chez les autres médecins généralistes de façon partielle, comme nous le voyons plus tard, dans la nécessaire prise en charge des difficultés sociales des patients mais également dans les symptômes liés à l'anxiété ou le syndrome dépressif.

Nous avons été surpris également de ne voir non seulement aucune évolution de l'avis des participants sur le **rôle que le patient peut jouer** dans sa propre santé et sur **l'alliance thérapeutique**, mais également très peu d'évocations de celles-ci. Or ce sont des thématiques très importantes à la fois dans les référentiels cités et dans notre formation. La théorie de la relation médecin-patient et son application à la formation médicale semblent avoir évolué plus rapidement que la relation médecin-patient en elle-même. Nous n'avons cependant pas trouvé d'analyse récente de cette culture du malade passif versus le patient actif.

Cette impression du patient « passif », renforcée par l'attitude paternaliste du médecin est bien visible dans les films. Dans « La Consultation » le médecin reconnaît pratiquer parfois une médecine paternaliste à la suite notamment d'une scène où il questionne un choix d'IVG. Par ailleurs, nous n'avons pas trouvé de scènes dans « Médecin de campagne » ou « La maladie de Sachs » où le patient exprime son avis et où le médecin en tient compte, ni *a fortiori*, aucune où le médecin demande l'avis de son patient sur la conduite à tenir. Ceci peut-être expliqué par la date de sortie de ces films. En effet les recherches des patients sur Internet afin de mieux comprendre leurs symptômes, leur permettent de remettre en question la parole du médecin (39). Ce phénomène semble très récent et n'a donc pas pu être représenté dans « La maladie de Sachs » et « La consultation ».

Si cette culture du patient actif de sa santé n'est pas intégrée par les participants, ni représentée dans les films, elle ne peut donc pas évoluer au cours du visionnage.

3.2. Fonction sociale du médecin généraliste

La fonction sociale du médecin généraliste revêt, pour les participants, différents sens.

S'ils n'en ont que très peu parlé avant visionnage, ils insistent surtout, après visionnage, sur le rôle qu'il a à jouer dans la **gestion des difficultés économiques et sociales** de ses patients et sa prise en compte dans le travail de diagnostic et de décision thérapeutique. Ils insistent aussi sur son rôle de **lien social**, surtout pour les personnes isolées et âgées.

Ils sont également nombreux, après visionnage, à évoquer le **rôle du milieu social** dans le développement de différentes pathologies et la nécessité pour le médecin généraliste d'en tenir compte et de participer à leur prise en charge. Cet élément rentre dans la définition de la prise en charge holistique des patients.

Une majorité d'entre eux évoque cette fonction comme étant une découverte pour eux au moment de ces visionnages. Beaucoup semblent étonnés de la place que ces difficultés et l'isolement social prennent dans le travail quotidien du médecin généraliste. Il semble en effet que, dans ces films, une part importante soit laissée à cet aspect du travail. Dans « Médecin de campagne », on voit le

médecin généraliste aider une femme à faire ses comptes et lui proposer de faire une demande d'aide financière complémentaire auprès du Conseil Régional. Le médecin généraliste de « La consultation » explique à une patiente comment fabriquer elle-même un collier cervical avec du papier journal et une serviette de toilette pour éviter de devoir en acheter un. La scène représentant la patiente faisant un burn-out, donne lieu pour le médecin à une explication sur le lien entre symptômes et conditions de travail et sur le rôle qu'il peut jouer dans ces problématiques en tant que soignant. Le Dr Sachs est un refuge pour les personnes isolées : maîtresse abandonnée le dimanche au profit de la famille officielle, couple en difficulté dont les consultations, tour à tour, sont le théâtre des plaintes sur le conjoint absent. Nous n'avons choisi de n'en citer que quelques-unes, mais ces scènes se multiplient dans les films et expliquent sans doute pourquoi cette fonction sociale du médecin généraliste est évoquée de façon si importante après visionnage.

Parmi les référentiels pris en compte, la fonction sociale du médecin généraliste dans ses différents aspects est surtout évoquée dans la revue *Exercer* et donc dans les textes servant de base de la formation de l'interne en médecine générale (15). Cet aspect se retrouve dans 5 des 6 compétences évoquées soit sous la forme d'une nécessité de collaboration avec les autres acteurs médico-sociaux (Compétence continuité, Compétence approche centrée patient), soit sur la nécessité de favoriser un accès aux soins équitables pour tous (Compétence professionnalisme), soit sur l'adaptation de sa posture en fonction des situations et l'identification des éléments disponibles dans les différents champs, dont le champ social, pour le diagnostic et la décision thérapeutique (Compétence approche globale), soit, dans la définition même de la Compétence éducation, prévention, santé individuelle et communautaire : la prévention des problèmes psychosociaux.

Dans la définition européenne de la médecine générale, la fonction sociale du médecin généraliste comme entendue dans ce contexte est plutôt définie comme une composante de l'adaptation d'un modèle holistique ou biopsychosocial à la prise en charge des patients (13,36). On le retrouve également dans l'évocation d'une dimension contextuelle (dont le contexte social) dans une bonne prise en charge du patient.

Nous voyons donc que le visionnage des films a permis aux participants de se rendre mieux compte de la fonction sociale du médecin généraliste comme lien social de fait, mais également comme acteur à part entière dans la prise en charge des difficultés économiques et sociales des patients.

3.3. La surprescription médicamenteuse

La question de la fonction médicale au sens de l'examen clinique, du diagnostic et de la décision thérapeutique a été peu évoquée par les participants que ce soit avant ou après visionnage. Ces éléments sont pourtant bien présents dans les films. Nous analysons ceci par l'évidence de cette fonction pour la population générale. En effet lors des entretiens les participants, spontanément, ne citaient pas le rôle de soin. Lorsque nous l'avons évoqué pour relancer la discussion, la totalité d'entre eux a répondu par l'affirmative sans s'attarder ensuite sur le sujet.

Un seul élément de cette fonction a fait réagir les participants : la prescription médicamenteuse. Ils ne l'évoquent cependant que chez les autres patients. Ceci n'est pas étonnant lorsque l'on sait que, dans l'ensemble, la population générale estime que la consommation de médicaments en France est trop élevée mais qu'à titre individuel ils consomment peu de médicaments (6).

La question de la prescription médicamenteuse est très peu abordée avant visionnage mais, après visionnage, il en est beaucoup plus question, essentiellement sous l'angle de la surprescription notamment de psychotropes.

Nous pensons que cela s'explique par la surreprésentation, dans les films choisis, des consultations pour problèmes psychologiques (dépression, réaction à une situation éprouvante, angoisse notamment) et de la prescription de psychotropes. (ANNEXE 1). Les exemples sont très fréquents. Dans « La consultation », le médecin généraliste prend en charge un patient schizophrène délirant, ce qui est également l'occasion de parler du rôle des aidants, à travers une consultation de soutien pour la mère de ce patient. Les 3 médecins gèrent au moins 1 patient atteint de dépression avec ou non risque suicidaire et c'est d'ailleurs, pour les 3, l'occasion de rappeler que le traitement médicamenteux est insuffisant pour guérir de cette maladie. La pathologie psychiatrique la plus fréquemment représentée est l'anxiété et la confrontation des médecins à la demande de traitements anxiolytiques. Le médecin de « La consultation », lorsqu'il en prescrit, précise d'ailleurs que c'est contraire à ce qu'il souhaite proposer à ses patients et qu'il considère ces médicaments comme des drogues.

Les participants évoquent également un recours à la médication trop important par rapport à la prise en charge psychothérapeutique, ceci pour cause de manque de temps, de coût de cette prise en charge et de manque de formation du médecin généraliste, et même de la vision négative qu'à la société des personnes ayant recours au psychologue. Il est intéressant de constater que le médecin de « La Consultation » propose très fréquemment la psychothérapie à ses patients et que ceux-ci refusent pour des raisons diverses évoquées ci-dessus. Une patiente dans ce film évoque même une « honte » à l'idée d'être suivie par un psychologue. Une thèse sur ce sujet révèle, évidemment, que

les causes sont multiples et pour certaines se superposent aux causes de surprescription en général notamment une forte consommation de médicaments de manière générale, des pathologies trop peu suivies par les spécialistes, un manque de temps ou de formation et une influence de l'organisation du système de soins et de l'industrie pharmaceutique.(40). Dans le cas de la surprescription de psychotropes, nous nous arrêterons surtout sur un état psychologique des français évalué comme plutôt mauvais. En effet le niveau de bonheur déclaré des français se situe dans le dernier tiers du classement européen et 20% des français en 2005 présentaient un état de dépressivité (sentiment de tristesse, détresse psychologique, sub-syndromes dépressifs) soit trois fois plus qu'il y a 20 ans. De plus, en France, il est constaté un suivi spécialisé insuffisant. Le suivi par un psychiatre ne concerne, par exemple, que 17,2% des patients traités par antidépresseurs.(41,42).

Dans les référentiels, Il est intéressant de constater que le mot « prescription » n'apparaît jamais. Il lui est préféré la notion de « décision thérapeutique » par exemple.

Les chiffres de l'OCDE, montrent un coût des médicaments en France effectivement supérieur à la moyenne européenne (1,8% du PIB en France contre 1,5% en moyenne en Europe) (37). Cependant, ce qui est pointé dans ce rapport est essentiellement la surprescription d'antibiotiques qui n'a quasiment pas été abordée par les participants (on constate à ce sujet que la surprescription d'antibiotiques n'est abordée dans aucun des films sélectionnés).

Nous avons vu que la majorité des participants après visionnage estiment qu'un trop grand recours est fait aux psychotropes (essentiellement somnifères et antidépresseurs). Une étude de l'INSERM confirme que l'image qu'ont les participants de la prescription de psychotropes après visionnage est en accord avec la réalité car avec ses 18% de la population consommant au moins 1 psychotrope par an, la France est parmi les 5 pays européens où celle-ci est la plus élevée (43).

Les causes de la surprescription sont multiples pour les participants : demandes des patients, influence de l'industrie pharmaceutique, réassurance mais également manque de recours à la psychothérapie. Ils évoquent également, surtout avant visionnage, le clientélisme ou la recherche d'un gain de temps en prescrivant.

Ces éléments sont globalement concordants avec les données de la littérature (40,44,45).

Les attentes des français vis-à-vis des médicaments sont ambivalentes : ils s'en méfient mais il persiste une représentation de la médecine de type « consultation=prescription=médicament ».

Le médecin surestimerait également les attentes des patients concernant la prescription médicamenteuse et serait donc tenté de prescrire pour rassurer ou d'utiliser la prescription comme solution de facilité pour maintenir de bonnes relations avec le patient ou pour gagner du temps (46–48).

Le rôle de l'industrie pharmaceutique dans la prescription médicamenteuse à outrance a été bien démontré et ce depuis de nombreuses années que ce soit par son influence sur les médecins (46–48), ou sur les patients (49).

Donc la vision qu'ont les participants de la prescription médicamenteuse est globalement influencée par les films car ils n'évoquent, après visionnage, que les thèmes évoqués dans les films, soit la surprescription de psychotropes. Cependant ceci est tout à fait concordant avec les données de la littérature. Ils semblent donc avoir une vision, sur ce sujet, plus proche de la réalité après visionnage.

3.4. L'épuisement professionnel du médecin généraliste

L'épuisement professionnel du médecin généraliste a été abordé de façon beaucoup plus importante lors des seconds entretiens.

Ceci peut être expliqué notamment par le fait que cet épuisement professionnel est le point névralgique d'un des films : « La maladie de Sachs ». En effet le Dr Sachs écrit à propos de ses patients. Il couche sur le papier ses réflexions, mais également parfois l'agacement, le dégoût ou l'incompréhension que les comportements de ses patients lui inspirent. Il dit lui-même être parfois très en colère contre les patients, les médecins, la société. Il fait également parfois preuve de cynisme. Tous ces éléments tendent à nous montrer que le Dr Sachs est effectivement en épuisement professionnel, qui se définit comme « un épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel » selon l'HAS (50). Lors de l'une de ces nombreuses scènes, il évoque les raisons, mauvaises selon lui, pour lesquelles les médecins donnent leur nom à des maladies et pas le nom des patients qui les portent. Le titre de ce film y fait directement référence. La maladie dont est porteur le Dr Sachs est donc l'épuisement professionnel.

Avant visionnage, les participants avaient une vision « patient » du médecin généraliste. Après visionnage, ils ont pu avoir une vision d'ensemble, côté patient et médecin, en prenant du recul sur chaque point de vue. Ils voient l'envers du décor de chaque côté et sont plus à même de critiquer objectivement. Les participants ont pu voir les consultations des films en s'identifiant au patient et avoir plus de recul sur le médecin, ses réactions, ses « coulisses ».

Encore une fois les participants sont en accord avec la réalité après visionnage car les différentes études montrent un taux de médecins généralistes considérés en burn out en France entre 5% (épuisements professionnels sévères) et 43% en fonction des études (51–55). Cet élément nous montre, une fois de plus, le réalisme des films choisis.

3.4.1. Les causes à l'épuisement professionnel

Il est intéressant de constater également que, pour les participants, les causes à cet épuisement professionnel évoluent entre les 2 visionnages.

Si lors du premier entretien, celles-ci étaient liées en partie à une organisation du travail non adéquate donc *a priori* à cause du médecin, lors du deuxième entretien on constate une évocation beaucoup plus importante des pressions imposées par les patients aux médecins sous la forme de sollicitations importantes, de demandes inappropriées de consultations et de prescriptions comme vu ci-dessus.

Pour la littérature, les causes sont multiples : un excès de charge de travail, la latitude décisionnelle, la manque de reconnaissance sociale, le manque de contact avec les confrères, les conflits entre vie professionnelle et vie privée et les attentes irréalistes des patients (54).

La perception que les participants ont de l'épuisement professionnel et de ses causes se rapproche donc de la réalité surtout après le visionnage de ces films.

3.4.2. Les pressions supportées par les médecins

La question des pressions est évoquée à de nombreuses reprises par les participants sur des sujets divers : risque d'épuisement professionnel, amplitude horaire importante, difficile conciliation vie professionnelle-vie privée.

La façon dont elles sont évoquées par les participants est intéressante. Avant visionnage, ils sont plusieurs à évoquer les demandes qu'ils font eux-mêmes à leur médecin généraliste : ordonnances, demandes de certificats médicaux sans consultation, consultations à plusieurs ou urgences relatives les amenant à voir le médecin généraliste avant ou après ses consultations programmées. Après visionnage en revanche, non seulement ils sont plus nombreux à parler de ces pressions mais ils estiment que celles-ci sont plutôt le fait des autres patients. Un participant revient sur ce qu'il avait dit et critique le fait qu'il sollicite peut-être beaucoup son médecin. On peut en déduire que, lors du visionnage, le participant s'est identifié et s'est « vu » solliciter son médecin généraliste de façon injustifiée.

Dans les films, ces sollicitations sont très représentées : demandes d'ordonnances sans rendez-vous, demandes de consultations en urgence, plages horaires consacrées aux consultations sans rendez-vous, appels à domicile y compris le weekend et les jours fériés, listes de médicaments réclamées par les patients. Ceci est une explication à cette évocation importante des pressions. En visionnant ces

films, les participants ont pu se mettre à la place des médecins qui peuvent avoir des comportements et des situations difficiles à gérer.

Des participants notent d'ailleurs, après visionnage seulement, que les patients sont centrés sur eux-mêmes lors des interactions avec leurs médecins et ne pensent jamais à la souffrance que celui-ci peut ressentir. Ceci peut encore être expliqué par l'empathie à l'égard du médecin généraliste générée chez les participants par le visionnage de ces films.

3.4.3. La conciliation entre vie privée et vie professionnelle

La conciliation entre vie privée et vie professionnelle semble être un élément difficile à gérer pour les médecins généralistes, du point de vue des participants. Même si cela avait déjà été évoqué lors du premier entretien, notamment au regard de la difficulté que peuvent avoir les médecins à « *sortir le travail de la tête* » ou à la conscience professionnelle, ils sont la quasi-totalité à l'évoquer lors du second entretien en donnant de nouvelles pistes pour la comprendre : les sollicitations importantes, la volonté personnelle d'organiser son travail différemment, l'amplitude horaire qui avait déjà été évoquée avant visionnage.

Il est intéressant de constater que les 4 médecins de ces films, si l'on inclut la remplaçante du médecin de « Médecin de campagne », sont représentés comme célibataires, divorcés ou ne parlent pas de leur conjoint ce qui semble contradictoire avec les données réelles. Cependant nous n'avons pas trouvé de données épidémiologiques fiables sur le statut marital des médecins généralistes. Leur vie personnelle est donc quasi-inexistante dans ces films. Les 2 médecins dont on rencontre les mères (Dr Sachs et Dr Werner), ne les voient que lors de visites à domicile organisées dans le cadre de leur travail. Cela change au cours du film pour le Dr Sachs qui, à partir du moment où il rencontre une femme, il allège ses horaires de travail. De plus, on le voit partager ses écrits avec sa compagne, et, de plus en plus, sourire et avoir un regard plus positif sur ses patients. Les films donnent donc à voir un métier où la conciliation entre vie personnelle et professionnelle est très difficile ce qui semble avoir influencé la vision qu'en avaient les participants.

Ceux-ci mettent cette difficile conciliation entre vie professionnelle et vie privée en lien avec le risque d'épuisement professionnel et sont en accord avec la littérature sur ce point : « les conflits entre vie professionnelle et vie privée sont associés à un score d'épuisement émotionnel élevé » (54)(56). Comme nous l'avons vu ci-dessus avec l'apparition de la compagne du Dr Sachs, le film montre l'importance d'une bonne conciliation entre la vie personnelle et la vie professionnelle dans la lutte contre l'épuisement professionnel du médecin généraliste.

Nous sommes cependant étonnés de constater que, même si les participants de façon quasi unanime, se questionnent plus sur la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle et son lien avec l'épuisement professionnel chez le médecin généraliste, certains persistent à penser que ce sacrifice personnel doit être inhérent au métier de médecin généraliste et même un marqueur de sa conscience professionnelle. Cette vision sacerdotale de la médecine générale semble encore très ancrée dans l'imaginaire collectif.

Donc le visionnage a permis aux participants de se questionner et de se rendre compte de l'épuisement professionnel du médecin généraliste. Le lien entre les sollicitations importantes que peuvent subir les médecins et cet épuisement professionnel est apparu beaucoup plus clairement après visionnage. Sur la question de la conciliation entre la vie privée et la vie professionnelle, l'image que les participants en avaient n'a pas été modifiée de façon drastique mais s'est affinée.

3.5. L'humanisation de la figure du médecin généraliste

A la lecture des résultats, nous nous sommes rendu compte que les participants, dans l'ensemble, étaient plus indulgents après le visionnage des films. Ils l'étaient de façon objective au vu des sujets abordés mais également dans l'utilisation d'un vocabulaire moins critique.

Dans les films, les médecins sont représentés en souffrance pour différentes raisons évoquées ci-dessus. Certains participants ont donc évoqué qu'ils ressentaient, suite au visionnage, une empathie pour le médecin généraliste. Cet élément explique l'évolution du point de vue des participants vers une indulgence et une humanisation de ce personnage.

Dans cette partie nous allons donc faire le point sur cette humanisation de la figure du médecin généraliste évoquée de façon transversale tout au long des entretiens.

3.5.1. Critiques des médecins généralistes et qualités attendues : évolution du point de vue des participants

L'image que les participants ont des qualités et défauts du médecin généraliste avant visionnage est équivalente à celle de la population générale d'après la littérature(20). Ces critiques positives ou négatives ont cependant évolué grâce au visionnage des films choisis.

3.5.1.1. Évolution des critiques

Les critiques importantes évoquées avant visionnage l'ont également été après visionnage. Cependant nous avons souhaité revenir sur ces critiques car les participants les ont, pour la plupart, adoucies ou nuancées après visionnage.

Temps de travail trop important

Ce temps de travail trop important a été critiqué car il nuirait à une bonne prise en charge du patient par un médecin trop fatigué.

Pour ce sujet, même si le nombre d'évocations est le même, les causes évoquées à cette critique ont évolué. Les participants estiment de façon prépondérante avant visionnage, que ceci résulte d'une adhésion du médecin voire d'un choix de celui-ci pour augmenter sa rémunération. Après visionnage cependant, les causes évoquées sont plutôt des éléments extérieurs que le médecin subit : les sollicitations importantes de la part des patients et la désertification médicale. Ceci concorde avec la partie ci-dessus évoquant les sollicitations, même à domicile, que subissent les médecins dans les films.

Le pouvoir du médecin sur le patient

La question de l'influence ou du pouvoir du médecin sur le patient n'a été évoquée qu'après visionnage. Cette influence ne peut être positive que si le médecin s'en sert pour orienter le patient vers une meilleure prise en charge. Cette possibilité n'est évoquée qu'avant visionnage par un participant se basant sur une expérience personnelle lors de laquelle son médecin généraliste l'a fortement encouragé à réaliser un dépistage qui s'est avéré positif.

Après visionnage, les participants considèrent que les conséquences de cette influence sont négatives. Le médecin se permet de juger ses patients ou de les culpabiliser voire d'être intrusif. Cette attitude est parfois rapprochée du paternalisme médical qui est représenté dans les films comme nous l'avons vu ci-dessus.

Les participants, lorsqu'ils en ont parlé, l'ont souvent fait en réaction à des scènes des films qui les avaient choqués ou questionnés : questionnement d'une demande d'IVG dans « La consultation » ou hospitalisation d'un patient en fin de vie contre son gré dans « Médecin de campagne ».

C'est la seule critique sur laquelle ils sont moins indulgents lors du second entretien. Ils semblent avoir pris de la hauteur sur la relation médecin-patient en visionnant ces 3 films très réalistes. Autant ils ont ouverts les yeux sur les côtés « nobles » de la médecine (écoute, prise de temps, disponibilité), autant ils ont aussi ouvert les yeux sur une attitude qui perdure encore : ce paternalisme médical.

Erreurs médicales

Peu de participants, que ce soit avant ou après visionnage parlent des erreurs médicales.

Ils évoquent surtout les situations qui amènent les médecins à commettre des erreurs : la fatigue, le manque de temps ou de concentration, l'habitude qui rend moins consciencieux ou une trop bonne connaissance du patient qui amène à négliger ses symptômes.

Après visionnage, sur les 3 participants évoquant les erreurs médicales, 2 évoquent le terme d' « erreurs de bonne foi » et estiment que ceci libère le médecin de la nécessité d'en informer le patient, de s'expliquer ou de s'excuser.

Encore une fois on comprend ici que les participants font preuve d'une plus grande indulgence envers le médecin généraliste après le visionnage des films. On sait que les erreurs médicales sont toujours plurifactorielles (fatigue du praticien, du patient, famille, contexte social, difficultés de compréhension, surmenage...) (57,58). En visualisant l'ensemble du processus de la consultation, les participants ont alors compris tous les éléments qui conduisaient à l'erreur. C'est donc encore grâce à l'empathie pour le médecin, provoquée par le visionnage de sa souffrance, que les participants semblent lui autoriser à se tromper parfois.

Le médecin généraliste est stressé et expéditif

Ce défaut génèrerait selon les participants un manque de discussion entre le médecin et le patient ; le patient manquerait d'un espace d'expression. Un des participants explique même que cela le sidère et lui fait oublier une partie des questions qu'il a à poser. De plus, un médecin généraliste trop stressé ou trop expéditif serait moins à l'écoute du patient.

Cette critique est beaucoup moins évoquée après visionnage. En effet les médecins représentés à l'écran sont très à l'écoute de leurs patients et ceci a d'ailleurs été remarqué par un participant qui note qu'il n'a jamais rencontré un médecin aussi à l'écoute que les personnages de ces films. Ceci est à mettre en balance avec le fait qu'il a le même médecin traitant depuis plus de 20 ans et donc ses caractéristiques sont pour lui celles de tous les médecins généralistes. Dans « Médecin de campagne » le médecin apprend d'ailleurs à sa jeune consœur à laisser s'exprimer le patient en lui expliquant que les médecins généralistes leur coupent en moyenne la parole au bout de 22 secondes.

L'attrait pour l'argent

Que ce soit comme motivation dans le choix de la profession ou comme cause à des comportements professionnels (multiplication des consultations au détriment de la qualité des soins par exemple), cette critique est beaucoup moins exprimée après visionnage voire même rejetée par les participants.

On peut l'expliquer notamment par le fait, étonnant, que celui-ci n'est pas représenté dans les films alors que l'argent est un sujet systématique au cours de toutes les consultations dans la réalité. Dans ces films, pourtant réalistes, deux fois seulement les médecins cinématographiques demandent au patient de payer la consultation et cela est toujours l'aboutissement d'un comportement jugé inadapté du patient. Ce règlement de la consultation intervient presque comme une punition pour ces patients. Dans « La consultation » il s'agit d'une femme venant demander une ordonnance. Elle réclame une liste de médicaments, notamment des antidépresseurs, au médecin qui finit par lui signifier qu'elle est venue « faire son marché ». Dans « Médecin de campagne », il s'agit d'un homme agressif et remettant en cause les capacités du médecin. Ces scènes donnent donc l'impression que le médecin généraliste ne travaille pas dans le but de gagner de l'argent et que celui-ci n'est qu'une compensation aux difficultés qu'il rencontre. Cela renforce l'idée que la médecine générale est plus une vocation, une profession de foi, qu'un métier.

3.5.1.2. Évolution des qualités attendues

Dans la description que les participants ont faite d'un bon médecin généraliste, il apparaît que les qualités attendues ont évolué avant et après visionnage.

Les participants évoquent de façon accrue une **demande d'écoute attentive** et d'**empathie** du médecin. Certains participants expriment d'ailleurs après visionnage que le manque d'écoute serait une conséquence du manque de temps dont disposent les médecins généralistes.

Par ailleurs, parmi les qualités attendues, il est intéressant de constater que la **compétence** est moins citée après visionnage et que lorsqu'elle est évoquée il est spécifié qu'elle doit être double « humaine et technique ». Cette compétence technique (capacité d'examen, de diagnostic, connaissances des médicaments...) du médecin généraliste semble aller de soi. Les participants ne la questionnent que très peu et sur des gestes techniques seulement : réalisation de sutures, d'infiltrations...

L'évolution de ces qualités attendues va donc dans le sens d'une demande de qualités humaines chez le médecin généraliste ce qui est concordant avec le fait que les participants se sont rendus compte du poids de la prise en charge du mal-être psychologique dans les consultations médicales comme nous l'avons vu ci-dessus.

L'**humilité**, utilisée ici dans le sens d'une reconnaissance, par le médecin généraliste, de son incompétence lorsqu'il est nécessaire, est une qualité indispensable notée surtout après visionnage. Si celle-ci était considérée comme limitante pour que le patient fasse confiance au médecin généraliste avant visionnage, ce n'est plus le cas après.

L'analyse de l'évocation de la **conscience professionnelle** du médecin est intéressante. Elle est plus évoquée en tant que qualité indispensable après visionnage.

Cependant les participants critiquent, après visionnage seulement, le discours tendant à dire qu'un médecin consciencieux est très disponible et travaille beaucoup. Ils ne jugent donc plus ces éléments comme indispensables pour établir que le médecin généraliste est consciencieux. Ils persistent malgré tout à penser que la **disponibilité** est un élément indispensable lorsque l'on recherche un bon médecin généraliste ce qui est en cohérence avec les éléments de la littérature(20).

3.5.2. Mise en opposition des catégories de médecins

3.5.2.1. Les générations de médecins

De nombreux participants soulignent une différence entre les générations de médecins, plus âgés ou fraîchement diplômés.

Les médecins les plus âgés seraient plus paternalistes et plus à l'écoute. Ils arriveraient mieux à concilier leurs vies professionnelle et personnelle mais seraient plus à risque d'épuisement professionnel par lassitude de leur métier. De plus, ils auraient plus tendance à surprescrire.

Les médecins les plus jeunes quant à eux seraient plus dans un travail en alliance avec le patient avec recherche de prise en charge holistique. Un de leurs défauts serait l'utilisation du jargon pour cacher leur manque d'assurance.

Souvent ces différences sont notées après visionnage et semblent être utilisées pour atténuer une critique formulée à l'encontre des médecins généralistes, en notant que ces défaut existent mais ne concernent qu'une partie d'entre eux. Elles semblent reposer également sur les différences observées entre le Dr Werner de « Médecin de campagne » et sa consœur plus jeune qui vient le seconder. Deux éléments mettent particulièrement en exergue cette différence. La scène, déjà évoquée, où il lui apprend à écouter le patient. Et la volonté de la jeune médecin de modifier l'organisation du cabinet pour gagner du temps et travailler en équipe : informatisation et travail en maison de santé pluridisciplinaire.

3.5.2.2. Les lieux d'exercice des médecins

Même s'il n'existe pas de réelle différence entre les 2 entretiens sur le sujet du lieu d'exercice, la majorité des participants à cette étude ont évoqué des différences entre les **médecins généralistes exerçant en milieu urbain et rural**.

Les différences évoquées concernaient les aspects pratiques, comme une plus grande amplitude horaire de travail à la campagne ou une plus grande désertification médicale donc moins de médecins généralistes. Il était évoqué également une différence en termes de mode de travail : les médecins généralistes seraient plus polyvalents à la campagne, ils auraient un rôle de confident et de lien social entre les gens plus important. Et enfin le médecin généraliste en tant que personnage social serait plus reconnu à la campagne qu'en ville.

Nous n'avons pas trouvé d'étude évoquant des différences sur la façon de pratiquer des médecins généralistes, ni sur une différence d'organisation entre la ville et la campagne qui sont d'ailleurs des notions non définies en démographie médicale même si nous comprenons à quoi celles-ci font référence.

Cette vision du « médecin de campagne », de même que celle du médecin de famille évoquée plus haut, correspond à une image d'Épinal, une vision nostalgique de la médecine générale renforcée par la représentation du médecin généraliste à la campagne dans les films.

3.5.3. Synthèse

On constate que les critiques à l'encontre des médecins généralistes sont moins virulentes et les qualités attendues de ceux-ci plus de l'ordre des qualités humaines après visionnage.

De plus, une majorité de participants a également noté que le médecin généraliste est un être humain et pas seulement un prestataire de santé et qu'à ce titre il a des failles. Ces failles sont tolérables d'après les participants.

Enfin, après visionnage, les participants s'efforcent de ne pas critiquer la totalité des médecins mais certaines catégories seulement. Certains participants disent même avoir ressenti de l'empathie pour les médecins représentés à l'écran.

Or les participants estiment de façon prépondérante que la représentation des médecins généralistes tels qu'ils les ont vus à l'écran était fidèle. Cette indulgence semble donc être la conséquence de la réalité du travail du médecin généraliste telle qu'ils l'ont constatée.

Tous ces éléments nous permettent de déduire que les participants sont plus indulgents envers les médecins généralistes après visionnage, donc après avoir constaté et noté quelles étaient leurs conditions de travail et les difficultés inhérentes au travail du médecin généraliste.

4. LES PISTES A DÉVELOPPER

Suite à l'analyse de ce travail nous voyons que le métier de médecin généraliste est perçu comme difficile, avec un fort risque d'épuisement professionnel et la nécessité d'assumer une fonction d'aide sociale pour laquelle ils ne sont pas forcément préparés.

Il est intéressant de constater que les causes retrouvées dans la littérature à la non installation des jeunes médecins généralistes, en particulier à la campagne, ne sont concordantes qu'en partie avec les éléments notés par les participants (59–61). Dans la littérature, on retrouve effectivement la difficile conciliation entre la vie personnelle et la vie professionnelle avec son corollaire, le risque d'épuisement professionnel. Les participants à cette étude n'ont cependant pas évoqué la charge administrative et financière, ni aucune mention de l'organisation du travail seul ou en groupe comme facteur dans la décision d'installation. La jeune médecin souhaitant s'installer à la campagne dans le film « Médecin de Campagne » a d'ailleurs des velléités de modification de l'organisation du cabinet comme nous l'avons détaillé plus haut. Cette importance de l'organisation du travail du médecin généraliste n'a semble-t-il pas été perçue par les participants, peut-être parce qu'ils ne se sentent pas concernés par ce qui est de l'ordre de l'organisation personnelle du médecin généraliste pour se faciliter la vie mais qui n'a aucune incidence sur les patients.

A l'inverse, l'intrication du contexte social global et personnel du patient avec le métier de médecin généraliste semble, pour les participants, après visionnage une explication à la non installation : « *on entend souvent parler de déserts médicaux, du coup est-ce que la dimension sociale, le côté « c'est pas marrant » ça joue dedans ? Dans le fait qu'il y ait un manque de médecins ?* » (P2E2). Dans « La Consultation », le médecin généraliste rapporte d'ailleurs son désarroi face à une patiente consultant pour burn-out. Il explique en effet à quel point il se sent démuni en tant que soignant face aux conditions de travail de sa patiente et comme cela peut le faire souffrir.

Même si des propositions ont déjà été formulées pour encourager l'installation des jeunes médecins, notamment l'incitation financière, pour l'instant aucune ne semble porter suffisamment ses fruits (62). Est-ce du côté de la confrontation aux problèmes sociaux des patients qu'il faut chercher ? La solution dans ce cas viendrait d'une amélioration du contexte social global. Il est de plus en plus proposé aux jeunes médecins des installations en équipe, dans des Maisons de Santé pluridisciplinaires, notamment pour alléger la charge administrative. Pourquoi ne pas intégrer systématiquement à ces équipes un ou plusieurs assistants sociaux pour partager cet aspect du métier ? Il pourrait être intéressant d'au moins évaluer si cette proposition serait une demande de ces médecins ou une réponse à un problème se posant à ceux-ci.

Nous avons montré dans ce travail l'influence que pouvait avoir le cinéma dans l'image que les patients ont de notre métier. Un livre étudiant le film « Barberousse » d'Akira Kurosawa a travaillé également sur la formation des médecins par le cinéma, par le biais de ce film représentant justement la formation d'un jeune médecin par compagnonnage dans le Japon du 19^{ème} siècle (63). En nous appuyant sur ce brillant exemple, nous pourrions également envisager un apprentissage basé sur des films car ils semblent être un vecteur puissant de transmission d'information. Le cœur de ces films pourrait être des patients-experts en tant que créateurs de contenu voire d'acteurs (64,65). La formation dispensée par les patients experts est, en effet, de plus en plus reconnue et utilisée que ce soit à destination des autres patients atteints de ces pathologies, de leurs proches, du grand public ou à destination des médecins en formation initiale ou continue. Ceci est d'autant plus vrai que désormais des Universités de patients voient le jour au sein des universités françaises (notamment l'Université Pierre et Marie Curie à Paris), leur donnant toute légitimité pour l'enseignement (66). Cette formation par des patients experts est bénéfique évidemment pour les personnes à qui cette information est dispensée afin de comprendre, notamment, le vécu des pathologies et de favoriser le dialogue entre équipes médicales d'un côté et patients de l'autre. Il semble que ce soit également bénéfique pour les patients experts dispensant l'information en transformant l'épreuve de la maladie en une expérience positive et valorisante (67,68). Au vu de ces éléments, il pourrait être envisagé l'ajout du cinéma dans les supports de travail de ces patients experts. Un exemple de cet apport est un documentaire, réalisé également par Hélène de Crécy, et intitulé « Désirs d'amours », qui laisse la parole à des patients handicapés sur le thème encore tabou de la sexualité et du handicap. Cette approche du travail des patients experts n'a, à notre connaissance, pas encore été étudiée.



Nom, prénom du candidat : Jouault Clémence

CONCLUSIONS

Le cinéma est un média populaire et accessible. Bien qu'étant une figure du quotidien, l'image du médecin généraliste dans la population générale n'est pas toujours en accord avec la réalité notamment sur la question de l'étendue des fonctions du médecin généraliste. Par ailleurs, plusieurs études ont montré l'influence que peut avoir le cinéma sur les opinions des spectateurs.

L'objectif principal de cette étude était de démontrer que le visionnage de films choisis pour leur approche réaliste de la profession, faisait évoluer l'image que les patients avaient du médecin généraliste. L'objectif secondaire était d'évaluer de quel ordre étaient ces changements d'opinion.

Nous avons donc choisi 3 films représentant le médecin généraliste dans le cadre de son travail : « La maladie de Sachs », « la Consultation » et « Médecin de Campagne ». Dix participants ont été recrutés. Pour chacun, 2 entretiens ont été réalisés avec le même guide d'entretiens. Ils avaient lieu avant puis après visionnage des 3 films. Ils ont ensuite été comparés entre eux et confrontés aux données de la littérature.

Les grands thèmes évoqués par les patients ont été les conditions de travail, la relation médecin-patient, les fonctions du médecin généraliste, l'épuisement professionnel et la définition du « bon » médecin généraliste.

Leur vision des conditions de travail était proche de la réalité et n'a que peu évolué.

Le sujet de la relation médecin-patient a essentiellement permis de mettre en évidence le déséquilibre entre les deux protagonistes de cette relation ainsi que l'importance du rapport de confiance pour les patients.

Concernant les fonctions du médecin généraliste, 4 principales ont été évoquées par les participants : la fonction médicale, la fonction sociale, la fonction de psychothérapeute et la prise en charge holistique.

Les participants semblent limiter la fonction médicale à l'orientation et la coordination des soins. La question de la prescription médicamenteuse a donné lieu à une importante évolution de l'image du médecin prescripteur voire surprescripteur. Si le sujet n'a été que peu abordé avant visionnage la



question de la surprescription et surtout celle des psychotropes a été centrale ensuite avec des questionnements sur les causes de cette surprescription. On constate que les patients ont été plus indulgents après visionnage sur ce sujet. Les causes de surprescription citées avant visionnage par les participants étaient essentiellement l'influence de l'industrie pharmaceutique et le fait de ne pas savoir traiter sans prescription. Lors du deuxième entretien les participants ont surtout mis l'accent sur des demandes importantes voire des pressions des patients et une tentative de réassurance des patients par la prescription. La difficulté à faire accepter au patient une prise en charge psychothérapeutique a été beaucoup évoquée par les participants comme cause à la surprescription de psychotropes.

La question de la prise en charge holistique est importante pour une majorité de participants sans que cela ne soit clairement défini ni n'évolue entre les deux visionnages. La fonction de psychothérapeute est citée par tous les patients. Elle inclut d'après eux la prise en charge de pathologies psychiatriques avec un accent mis, après visionnage, sur la dépression. Elle inclut également le rôle de confident du médecin généraliste. Beaucoup de participants ont déclaré être surpris du nombre de patients consultant simplement pour se confier.

La fonction qui a fait l'objet de l'évolution la plus importante est la fonction sociale du médecin généraliste. Les participants qui n'en ont que très peu parlé avant visionnage, l'ont tous mentionnée après visionnage en précisant qu'ils étaient surpris de ce rôle et de la place qu'il prend dans la « fiche de poste » du médecin généraliste. Cette fonction inclut la dimension de lien social surtout de la part des médecins de campagne et surtout pour les personnes âgées. On inclut également dans cette partie la notion de prise en compte des difficultés économiques et sociales des patients dans toutes les dimensions de la prise en charge : diagnostic, décision thérapeutique, aide à la gestion de ces difficultés. Cette notion se rapproche ici de la prise en charge holistique.

La question du rôle du patient dans sa santé et de l'alliance thérapeutique, bien que centrale dans les référentiels, dans nos formations et dans « l'air du temps », n'a été que survolée par les participants et n'a fait l'objet que d'évolutions minimales au cours du travail. L'épuisement professionnel du médecin généraliste a été un sujet beaucoup plus abordé après visionnage. Les participants l'ont rapproché de la difficulté à concilier vie professionnelle et vie



personnelle du médecin. La cause la plus fréquemment citée était la pression qui repose sur le médecin sous la forme de sollicitations ou de demandes de consultations ou de prescriptions injustifiées. Par ailleurs cette difficile conciliation serait, d'après les participants, quasiment inhérente au métier de médecin généraliste et en tout cas un marqueur de sa conscience professionnelle.

Les participants ont également précisé quelle était leur définition d'un bon médecin généraliste. Les qualités citées sont globalement les mêmes avant et après mais nous retiendrons que les participants sont plus attachés aux qualités techniques avant visionnage (compétence) et plus aux qualités humaines après (écoute attentive, empathie)

Au vu des résultats nous pouvons en conclure que le visionnage de ces films a humanisé le médecin généraliste pour les participants, les a rendu plus indulgents envers le médecin et leur a permis de mieux comprendre en partie le rôle du médecin généraliste.

Au vu des études publiées sur ce sujet(53), les participants semblent avoir mis l'accent sur une partie des éléments faisant la difficulté du métier de médecin généraliste et expliquant peut-être les réticences à l'installation. Par ailleurs 2 participants ont parlé du rôle pédagogique du cinéma et nous pensons l'avoir montré dans ce travail. À ce titre, il nous semblerait intéressant d'évaluer le rôle que pourrait avoir la diffusion de films sur la connaissance et l'acceptation de certaines pathologies notamment en rapport avec le handicap.

Le Président de la thèse,

Pr Yves ZERBIB

Vu :

**Pour Le Président de l'Université
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**



Professeur Gilles RODE



Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **19 SEP. 2018**

BIBLIOGRAPHIE

1. Besson N, Danard B, Daubard S, Jardillier S. Les principaux chiffres du cinéma en 2017 [Internet]. CNC; 2018 mai [cité 28 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.cnc.fr/documents/36995/153434/Les+principaux+chiffres+du+cin%C3%A9ma+en+2017.pdf/1a67ee0d-d4d8-4039-002b-9acc3ed5a4ef>
2. Cinexpert Baromètre du public des salles de cinéma [Internet]. CNC; 2018 août [cité 20 août 2018]. Disponible sur: <https://www.cnc.fr/documents/36995/183682/Cinexpert+-+barom%C3%A8tre+du+public+des+salles+de+cin%C3%A9ma+-+juillet+2018.pdf/52c93ce6-2c98-bb67-ee77-41367a076034>
3. LA VIDÉO À LA DEMANDE PAR ABONNEMENT EN FRANCE : MARCHÉ ET STRATÉGIES DES ACTEURS. CNC-CSA; 2018.
4. Observatoire de l'équipement audiovisuel des foyers. CSA; 2017 avr.
5. Programme de qualité et d'efficacité « maladie'' » [Internet]. Sécurité Sociale; 2012 p. 38-42. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/indicateur9-pqemaladie.pdf>
6. Qualité et accès aux soins : que pensent les Français de leurs médecins ? [Internet]. DREES; 2017 oct. Report No.: 1035. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1035.pdf
7. Mourton E. REPRESENTATION SOCIALE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA POPULATION LORRAINE EN 2013. CONNAISSANCE DE LA POPULATION SUR LE METIER DE MEDECIN GENERALISTE [Internet]. Faculté de Médecine de Nancy; 2013. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2013_MOURTON_EMMANUELLE.pdf
8. Brodie M, Foehr U, Rideout V. Communicating health information through the entertainment media: A study of the television drama ER lends support to the notion that Americans pick up information while being entertained. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20:192-9.
9. Turow J, Gans R. As seen on TV : Health policy issues in TV's medical dramas [Internet]. Kaiser Family Foundation; 2002 juill. Disponible sur: <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/john-q-executive-summary-pdf.pdf>
10. Parisot S. LE MEDECIN EN TANT QU'ICONE POPULAIRE DANS LES FICTIONS CINEMATOGRAPHIQUES ET TELEVISUELLES. INFLUENCE SUR LA RELATION ENTRE LE MEDECIN GENERALISTE ET SON PATIENT. Faculté de Médecine de Marseille; 2011.
11. Ageron F. LE MEDECIN GENERALISTE DANS LE CINEMA FRANÇAIS DE FICTION DES ANNEES CINQUANTE A NOS JOURS. Université Henri Poincaré Nancy 1; 2002.

12. Auregan C. Les représentations cinématographiques de la relation médecin-malade. Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie; 2008.
13. WONCA Europe. la définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. 2002; Disponible sur:
<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
14. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. CNGE; 2009 mars.
15. Compagnon L, Bail P, Huez J-F. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;24 n°108:148-55.
16. FRAMEWORK FOR PROFESSIONAL AND ADMINISTRATIVE DEVELOPMENT OF GENERAL PRACTICE/ FAMILY MEDICINE IN EUROPE [Internet]. WHO Europe; 1998. Disponible sur:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108066/E58474.pdf;jsessionid=20F7C8601264E62C89C75299A502C345?sequence=1>
17. Druais J. La place et la rôle de la médecine générale dans le système de santé [Internet]. rapport réalisé à la demande de la ministre de la santé; 2015 mars. Disponible sur:
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Druais_Mars_2015.pdf
18. le regard des médecins sur leur métier a changé [Internet]. IPSOS; 2004 sept. Disponible sur:
<https://www.ipsos.com/fr-fr/le-regard-des-medecins-sur-leur-metier-change>
19. le rôle et la place du médecin généraliste en France [Internet]. BVA; 2008 [cité 15 juin 2018]. Disponible sur: https://staticswww.bva-group.com/wp-content/uploads/2017/02/fichier_microsoftpowerpoint-presentationenligneppptlectureseule_839ec.pdf
20. ETUDE DES MUTATIONS DE LA MEDECINE GENERALE Etude sur les attentes et les représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale : enquête auprès de la patientèle des médecins généralistes de Rhône-Alpes. URML Rhône-Alpes; 2005 juill p. 123.
21. Ethis E. Sociologie du cinéma et ses publics. Paris, Armand Colin. 2009. 127 p.
22. Pautz M. Argo and Zero Dark Thirty: Film, Government, and Audiences. Polit Sci Polit. 2015;48 (1):120-8.
23. Winckler M. Les miroirs de la vie. Paris le passage. 2005.
24. Broussouloux C. cinéma et médecine: le médecin à l'écran. Ellipses. 2001.
25. Deville M. La maladie de Sachs. 1999.
26. Lilti T. Médecin de Campagne.
27. De Crecy H. La Consultation.
28. Winckler M. La Maladie de Sachs. P.O.L; 1998. 474 p.

29. La Maladie de Sachs: critiques presse [Internet]. Allociné. Disponible sur: <http://www.allocine.fr/film/fichefilm-20445/critiques/presse/>
30. Médecin de campagne: critiques presse [Internet]. Allociné. Disponible sur: <http://www.allocine.fr/film/fichefilm-235156/critiques/presse/>
31. La Consultation: critiques presse [Internet]. Allociné. Disponible sur: <http://www.allocine.fr/film/fichefilm-57135/critiques/presse/>
32. Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative (1ère partie). Exercer. 4 mai 2016;20(87):74-9.
33. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes: l'entretien. Armand Colin. 126 p. (Sociologie).
34. Combessie J. la méthode en sociologie. 5ème. La Découverte; 2007. 128 p.
35. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot. Paris; 2009. 419 (p.9-45).
36. Berquin A. Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. Rev Médicale Suisse. 2010;6:1511-3.
37. Panorama de la santé 2017: les indicateurs de l'OCDE [Internet]. OCDE; 2017. Disponible sur: https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr
38. Âge moyen et âge médian de la population en 2018 [Internet]. INSEE; 2018. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381476>
39. Dumont F. Impact d'Internet sur la relation médecin-patient en médecine générale du point de vue du patient : étude observationnelle descriptive et analytique auprès de 1521 patients. Faculté de Médecine de Grenoble; 2013.
40. Schaaff C. LA SURCONSOMMATION DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES EN FRANCE : ANALYSE DE LA SITUATION, DE SES CAUSES ET DE SES CONSEQUENCES [Internet]. Université de Lorraine; 2014. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_T_2014_SCHAAFF_CLAIRE.pdf
41. Boisson M, Godot C, Sauneron S. La santé mentale, l'affaire de tous. La Documentation Française; 2010 p. 272.
42. L'état de santé de la population en France. DREES; 2011.
43. Médicaments psychotropes: Consommations et pharmacodépendances [Internet]. INSERM; 2012. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/2073/expcol_2012_psychotropes_synthese%20et%20recommandations_fr.pdf?sequence=1
44. Mouret-Bonzi M. L'ordonnance médicamenteuse en France et en Europe : les attentes de prescription des patients. Une revue systématique de la littérature de 2005 à 2014 [Internet]. Faculté

de Médecine de Lille 2; 2015. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/c18c5111-ecee-41b8-8fe4-43144ac5ad4e>

45. Vega A. Prescription du médicament en médecine générale. Deuxième partie : paradoxes et propositions. *Médecine*. 2012;8(5):223-6.
46. Choudhry N, Stelfox H, Detsky A. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA*. 2002;287(5):612-7.
47. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: Is a gift ever just a gift ? *JAMA*. 2000;283(3):373-80.
48. Mousquès J, Renaud T, Scemama O. Variabilité des pratiques médicales en médecine générale: la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë. *CREDES*; 2003.
49. Abecassis P, Coutinet N. Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques. *Horiz Strat*. 2008;7(1):111-39.
50. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout [Internet]. HAS; 2017 mars. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout
51. Nguyen A. BURN OUT DU MEDECIN GENERALISTE : ETUDE QUALITATIVE SUR LES MESURES DE PREVENTION. [2018]: Faculté de Médecine et Pharmacie de Rouen;
52. Jarry C. Etude du burnout chez les médecins généralistes d'Indre et Loire. Université Francois Rabelais; 2005.
53. Oler J, Yaman H, Esteva M, Dobbs F. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*. 2008;25 (4):245-65.
54. Dumesnil H, Saliba Serre B, Regi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé Publique*. 2009;21.
55. Cathebras P, Begon A. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Médicale*. 2004;33 n°22:1569-74.
56. Edey-Gamassou C, Moisson-Duthoit V. Epuisement professionnel des médecins généralistes libéraux en France et conflit travail-famille, une revue de littérature. 2017.
57. Richard F, Filali H, De Brouwere V. Les erreurs en médecine : pourquoi et comment en parler ? *Rev Épidémiologie Santé Publique*. 2005;(53):315-35.
58. Galam E. l'erreur médicale. *Rev Prat*. 2005;19.
59. Coppolani E. JE PEUX M'INSTALLER, MAIS JE NE LE FAIS PAS, POURQUOI ? Enquête auprès des Médecins Généralistes Remplaçants Thésés de Haute Garonne [Internet]. Université de médecine Toulouse 3; 2014. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/528/1/2014TOU31035.pdf>

60. ARNAUD C, THIRON P. Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation. Etude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés [Internet]. Faculté de médecine de Grenoble; 2013. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00904065/document>
61. Louyot T. QUELS SONT LES DÉTERMINANTS A L'INSTALLATION DES JEUNES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN LORRAINE ? [Internet]. Université de Lorraine; 2016. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2016_LOUYOT_THOMAS.pdf
62. INSTALLATION DES JEUNES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LES TERRITOIRES [Internet]. CGET; 2015 sept. Report No.: 4. Disponible sur: https://core.xvox.fr/PDF/CGET/en_bref_04_cget_09_2015.pdf
63. Lefève C. Devenir médecin. Cinéma, formation et soin. puf. 2012. 68 p. (questions de soin).
64. Tourette-Turgis C. Les patients experts et les soignants: vers des relations de réciprocité. Soins. juin 2015;(796):37-9.
65. qu'est-ce qu'un patient expert? [Internet]. HAS. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2728261/en/patients-et-soignants-vers-un-necessaire-partenariat
66. Université des patients [Internet]. Disponible sur: <http://www.universitedespatients.org/>
67. Pomey M-P, Flora L. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. Santé Publique. 2015;HS(S1):228.
68. Pomey M-P, Ghadiri D, Karazivan P, Fernandez N, Clavel N. Patients as Partners: A Qualitative Study of Patients' Engagement in Their Health Care. PLOS One. 10(4).

ANNEXE 1

Motifs de consultation en médecine générale

Motifs de consultation par ordre de fréquence en France en 2009	fréquence de représentation dans "Médecin de Campagne »	fréquence de représentation dans "la Consultation"	fréquence de représentation dans "la Maladie de Sachs"
Examen systématique/ prévention	2	3	0
État fébrile	1	0	1
HTA	0	1	0
Rhinopharyngite rhume	0	1	0
Vaccinations	0	0	0
État morbide afebrile	1	1	1
Hyperlipidémie	0	0	0
Lombalgie	0	0	1
Arthropathie/péri arthropathie	1	0	1
Douleur non caractéristique	1	0	1
Angine/pharyngite	0	1	1
Réaction à situation éprouvante	1	3	2
Rhinite	0	1	1
Plainte abdominale	1	2	0
Contraception	0	0	1
Diarrhée nausée vomissement	0	0	0
Toux	0	1	0
Procédure administrative	0	0	1
Anxiété angoisse	1	4	2
Dépression	2	4	2

ANNEXE 2

Filmographie

À cœur ouvert de Marion Laine 2012
A demain de Didier Martiny 1991
Arrêtez les tambours de Georges Lautner 1960
Ashakara de Gérard Louvin 1991
Au cas où je n'aurais pas la palme d'or de Renaud Cohen 2011
Barberousse d' Akira Kurosawa 1965
Bonjour toubib de Louis Cuni 1956
Cela s'appelle l'aurore de Luis Bunuel 1955
Ceux qui restent de Anne Le Ny 2007
Cran d'arrêt de Yves Boisset 1969
Des peaux pour le dire de Anne-Sophie Plaine 2011
Devenir médecin : Premiers pas à l'hôpital de Marianne Rigaud 2002
Dieu, l'amant de ma mère et le fils du charcutier de Aline Issermann 1995
Docteur Françoise Gailland de Jean-Louis Bertuccelli 1976
Docteur Knock de Guy Lefranc 1951
Duel silencieux de Kurosawa 1949
Haut les cœurs de Solveig Anspach 1998
Histoires d'A de Charles Belmont et Marielle Issartel 1974
J'ai horreur de l'amour de Laurence Ferreira. 1997
Journal intime de Nanni Moretti 1994
L'amour à mort d'Alain Resnais 1984
L'amour d'une femme de Jean Grémillon 1953
L'ange ivre de Kurosawa 1948
L'enfant sauvage de Truffaut 1969
L'esprit de famille de Frédéric Berthe 2014
L'odyssée du docteur Munthe de Giorgio Capitani 1962
La clé sur la porte de Yves Boisset 1978
La consultation de Hélène De Crécy 2005
La crise de Coline Serreau 1992
La guerre est déclarée de Valérie Donzelli 2010
La lisière de Géraldine Bajard 2010

La maladie de Sachs de Michel Deville 1999

La tribu de Yves Boisset 1990

Lamiel de Jean Aurel 1967

Le bagnard de Willy Rozier 1951

Le cas du docteur Laurent de Jean-Paul Le Chanois 1956

Le démon dans l'île de Francis Leroi 1983

Le fruit défendu de Henri Verneuil 1952

Le guérisseur de Yves Ciampi 1953

Le journal d'un curé de campagne de Robert Bresson 1952

Le journal d'une femme en blanc de Claude Autant Lara 1965

Le juste droit de Sandra Zadeg et Serge Poljinskii 1979

Le médecin des pauvres de Henri Des Fontaines 1914 (non vu)

Le nouveau journal d'une femme en blanc de Claude Autant-Lara 1966

Le secret professionnel de Raoul André 1959

Le souffle au cœur de Louis Malle 1971

Le temps qui reste de François Ozon 2005

Leguignon guérisseur de Maurice Labro 1954

Les cavaliers de l'orage de Gérard Vergez 1984

Les corps impatients de Xavier Giannoli 2002

Les enfants de l'amour de Léonide Moguy 1953

Les Homme en blanc de Ralph Habib 1954

Les invasions barbares de Denys Arcand 2003

Les invités de mon père de Anne Le Ny 2009

Les orgueilleux d'Yves Allégret 1953

Les témoins de André Téchiné 2007

Médecin de campagne de Thomas Lilti 2016

Non Coupable de Henry Decoin 1947

On ne triche pas avec la vie de Paul Vandenberghe et René Delacroix 1949

Reine d'un jour de Marion Vernoux 2001

Rois et reines de Arnaud Desplechin 2004

Tirez la langue mademoiselle de Axelle Ropert 2012

Un grand patron de Yves Ciampi 1951

Un village presque parfait de Stephane Meunier 2013

Une femme en blanc se révolte de Claude Autant-Lara 1966

Une semaine de vacances de Bertrand Tavernier *1980*

Vincent François Paul et les autres de Claude Sautet *1974*

ANNEXE 3

Guide d'entretiens

1- Pouvez-vous vous présenter ?

(Essayer de recueillir rapidement les éléments suivants : Nom prénom âge profession/cursus scolaire/professionnel statut matrimonial, région, ville ou campagne)

2- Quel est votre rapport au cinéma ?

(Nombre de films regardés par mois, quelle culture cinématographique ?, vérifier qu'ils n'ont vu aucun des 3 films choisis pour ce travail)

3- Votre médecin traitant (généraliste), qui est-il ou elle ? Quels sont vos rapports avec lui ?

(Essayer de recueillir rapidement les éléments suivants : A un médecin traitant ?, fréquence de consultations, motifs fréquents de consultation)

4- Quelle est pour vous l'organisation de travail du médecin généraliste ?

Éléments pratiques (horaires, jours travaillés, rémunération)

Mode de travail (groupe, seul, secrétariat) (consultations, visites à domicile, urgences)

5- Comment percevez-vous le médecin généraliste?

Qualités et défauts du médecin généraliste

Rapports avec spécialistes et autres professions de santé, formation médicale continue, Rapports médecin généraliste/industrie pharmaceutique, Secret médical...

6- Comment décririez-vous son rôle ?

Fonctions du médecin généraliste, compétences techniques nécessaires,

7- Comment le percevez-vous en tant qu'homme ou femme?

Conciliation vie professionnelle et vie privée

8- Comment le médecin généraliste est-il perçu en règle générale, comment la société et les médias reflètent-ils ce métier à votre avis ?

Essayer de faire ressortir les différences entre le vécu personnel et l'image, image que la société en a, image que le cinéma en renvoie

Pour le second entretien : Essayer de faire ressortir les différences de perception du médecin généraliste entre avant et après visionnage

JOUAULT Clémence

L'image du médecin, le regard du patient : l'image du médecin généraliste projetée sur un écran peut-elle influencer une vision forgée par une relation médecin-patient?

ABSTRACT

Cinema being a popular and powerful vector of ideas, we were interested in its impact on the image that patients have of their family doctor.

We conducted a qualitative study on the evolution of the image of the family doctor after watching three movies showing one at work: "Médecin de Campagne", "La Consultation" and "La Maladie de Sachs". We conducted two identical interviews before and after viewing the movies, with the same ten participants.

One of the main evolutions of the participants' view is related to the social function of the family doctor, understood as the necessity to take the social and economic difficulties into account in the diagnostic and care of the patient. The participants also noted that the family doctor fills the purpose of a social link, especially in rural areas. After watching the movies, they measured the risk of professional burn-out of the family doctor. They identify several reasons, the main one being the strain placed upon family doctors regarding excessive consultation or prescription requests. The overprescription of drugs, especially psychotropic drugs, is a new element that the participants note after watching the movies. This could be explained by the fact that this element is very present in the three of them.

After viewing the movies, participants tended to perceive family doctors in a more lenient way. They insisted on their qualities and said that their failings were mostly the consequences of the difficulties they met in their jobs. They also noted that, as a human being, family doctors have tolerable shortcomings.

The study highlights that the viewing of movies about family doctors had an influence on the image the participants' had of them by increasing their understanding of the job and having a greater indulgence towards them.

It would be interesting to understand if these elements can explain why young family doctors are reluctant to settle in their own cabinet. Furthermore, watching movies about certain health issues may help people understand and accept them more easily. A similar study could be conducted.

MOTS-CLÉS : Relation médecin-patient, cinéma, médecin généraliste, sociologie de la médecine

JURY : Président : Professeur Yves ZERBIB
 Assesseurs : Professeur François GUEYFFIER
 Professeur Marie FLORI
 Docteur Nicolas PROTHON

DATE DE SOUTENANCE : 09 octobre 2018

ADRESSE POSTALE DES AUTEURS : 59 quai Rambaud 69002 LYON

E-MAIL : c.jouault@hotmail.fr