

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016

N° 029

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Charlotte DELBANCUT

née le 08/01/1987 à Périgueux

Présentée et soutenue publiquement le 17 mai 2016

**LES PROCESSUS DE LA RUPTURE DE LA RELATION MÉDECIN-
PATIENT EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

Président : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeurs de Thèse : le Docteur Marion LASSALLE et le Professeur Jean-Paul CANÉVET

Remerciements

Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier de Médecine Générale.

Je vous remercie d'avoir accepté la présidence de ce jury. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier en Psychiatrie.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

Madame le Docteur Maud JOURDAIN

Médecin Généraliste et Maître de conférence Universitaire de Médecine Générale.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Jean-Paul CANÉVET

Professeur associé de Médecine Générale retraité.

Je vous remercie d'avoir accepté de codiriger ce travail. Merci pour votre disponibilité et pour vos précieux conseils. Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de mes sincères remerciements.

Madame le Docteur Marion LASSALLE

Médecin Généraliste.

Je te remercie d'avoir accepté de codiriger ce travail. Merci pour tes relectures, tes conseils, ta disponibilité et ta bienveillance. Merci pour tout ce que tu m'as apporté en stage. Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Sois assurée de mes sincères remerciements.

Merci à tous les médecins que j'ai interrogé pour cette étude.

Remerciements

À **mes parents**, sans qui je n'en serais pas là aujourd'hui. Merci pour tout.

À **ma mère**, merci pour ton soutien à chaque étape de ma vie. Merci de m'avoir permis de devenir qui je suis.

À **mon père et Laurence**, merci pour votre soutien et votre présence. Un grand merci pour la relecture de ces pages.

À **mes grands-parents, mon oncle et ma tante**, merci pour votre présence si importante tout au long de ma vie.

À **mes amis Limougeauds**, Fanny, Julie, Marie, Simon et tous les autres. La distance nous sépare mais je pense à vous. Merci d'avoir fait de mes années fac un magnifique souvenir.

À **mes amis Nantais**,

Maria, merci pour notre précieuse amitié. Sans toi ma vie à Nantes n'aurait pas eu la même couleur.

Agathe, merci pour nos moments partagés ensemble et pour notre belle amitié.

Clément et Émeline, merci pour la relecture de ces pages et pour vos conseils.

Et tous les autres, dont les Trompettes de Fallope, avec qui j'ai partagé d'heureux moments.

À **Rémi**, merci pour ton soutien, ta patience, tes conseils et tes encouragements pour ce travail. Merci pour ton amour. Je nous souhaite une longue vie pleine d'aventures !

Table des matières

Remerciements.....	2
Table des matières.....	4
I. INTRODUCTION.....	7
1. La problématique.....	8
1.1. La genèse de la rupture.....	8
1.2. L'évolution de la relation médecin-patient.....	9
1.2.1. La place du patient dans la décision médicale.....	9
1.2.2. Insatisfactions et exigences grandissantes.....	10
1.2.3. Les conséquences possibles.....	11
1.3 Les apports de la littérature.....	11
1.3.1. Les causes de conflits.....	11
1.3.2. Le « patient difficile ».....	12
1.3.3. Les ruptures de la relation médecin-patient.....	13
2. Question de recherche.....	18
3. Objectif de l'étude.....	19
II. MATÉRIEL ET METHODE.....	20
1. Recherche bibliographique.....	21
2. Méthodologie de l'enquête.....	22
2.1. Type d'étude.....	22
2.2. Mode de recrutement et taille de l'échantillon.....	23
2.3. Entretiens.....	24
2.4. Retranscription et anonymisation des données.....	26
2.5. Considérations éthiques.....	26
3. Analyse des résultats.....	27
III. RÉSULTATS.....	28
1. Entretiens réalisés.....	29
1.1. Caractéristiques des entretiens.....	29
1.2. Caractéristiques des médecins interrogés.....	29
2. Résumé des entretiens.....	31
2.1. Profil des patients.....	31
2.1.1. Caractéristiques socio-démographiques.....	31
2.1.2. Pathologie et trait de personnalité.....	31
2.2. Situations rapportées.....	32
3. Analyse thématique.....	37
3.1. Les aspects de la relation avant la rupture.....	38
3.1.1. Une relation « non installée ».....	38
3.1.2. Une relation difficile.....	38
3.1.3. Une relation sans neutralité.....	42
3.1.4. Les préjugés négatifs.....	43
3.1.5. Une relation « sans histoire ».....	44
3.1.6. Résumé et analyse conceptuelle.....	45
3.2. Les facteurs précipitant la rupture.....	46
3.2.1. Le conflit.....	46
3.2.2. La fuite du patient.....	50
3.2.3. Initier la rupture.....	52
3.2.4. Résumé et analyse conceptuelle.....	54
3.3. Le vécu de la rupture.....	55

3.3.1. La désillusion.....	55
3.3.2. Le vécu douloureux.....	58
3.3.3. Le soulagement.....	60
3.3.4. Le vécu détaché.....	61
3.3.5. Résumé et analyse conceptuelle.....	61
3.4. L'autocritique de la rupture.....	62
3.4.1. L'auto-reproche.....	62
3.4.2. L'auto-justification.....	64
3.4.3. Les alternatives envisagées.....	69
3.4.4. Une décision finalement acceptée.....	71
3.4.5. Résumé et analyse conceptuelle.....	75
3.5. L'idée d'une relation médecin-patient de qualité.....	76
3.5.1. Les critères de qualité.....	76
3.5.2. Les aptitudes requises et reconnues.....	77
3.5.3. Les attentes vis-à-vis des patients.....	81
3.5.4. Les attentes du médecin de la relation et de son exercice.....	84
3.5.5. Les ressources.....	87
3.5.6. Résumé et analyse conceptuelle.....	90
3.6. L'expérience générale de la rupture.....	91
3.6.1. Les départs que le médecin comprend.....	91
3.6.2. Les départs que le médecin ne comprend pas.....	93
3.6.3. Les ruptures attendues attendues mais qui n'arrivent pas.....	95
3.6.4. Des ruptures rares.....	96
3.6.5. Les ruptures initiées par le médecin.....	97
3.6.6. L'appréhension de voir un patient qui a déjà « rompu ».....	99
3.6.7. Les réflexions sur l'évolution de la relation médecin-patient.....	100
3.6.8. Résumé et analyse conceptuelle.....	103
3.7. Analyse conceptuelle.....	104
IV. DISCUSSION.....	106
1. Discussion de la méthode.....	107
1.1. Le choix du qualitatif.....	107
1.2. Le recrutement.....	108
1.3. Le recueil des données.....	108
1.4. L'information délivrée par les médecins.....	109
1.5. L'analyse.....	110
1.6. Points faibles et difficultés rencontrées.....	110
1.6.1. Les entretiens semi-directifs.....	110
1.6.2. Sujet peu étudié dans la littérature.....	111
1.7. Points forts.....	112
1.7.1. Originalité du sujet.....	112
1.7.2. Présentation de l'enquêteur.....	112
1.7.3. Motivation et intérêt des médecins.....	112
2. Discussion des résultats.....	113
2.1. Des facteurs de risque de rupture ?.....	113
2.1.1. Les médecins.....	113
2.1.2. Les patients.....	114
2.1.3. Une relation médecin-patient fragilisée.....	115
2.2. Le facteur précipitant.....	119
2.2.1. Le conflit.....	119
2.2.2. Le motif de départ du patient.....	120

2.2.3. Le motif d'arrêt de la relation par le médecin.....	121
2.3. Fréquence et modalités de la rupture.....	122
2.3.1. Un phénomène rare.....	122
2.3.2. Initié par le patient.....	123
2.3.3. Initié par le médecin.....	123
2.3.4. Par consentement mutuel.....	125
2.4. Typologie des ruptures en lien avec le vécu du médecin.....	125
2.4.1. La rupture incomprise.....	125
2.4.2. La rupture douloureuse.....	125
2.4.3. La rupture apaisante.....	126
2.4.4. La rupture détachée.....	126
2.4.5. Discussion de la typologie.....	127
2.5. L'auto-critique.....	127
2.5.1. L'auto-reproche.....	127
2.5.2. Un besoin de justification.....	128
2.5.3. Éviter la rupture ?.....	129
2.5.4. Une décision finalement acceptée et nécessaire.....	129
2.6. L'idée d'une relation médecin-patient de qualité.....	130
2.6.1. Les critères de qualité de la relation.....	130
2.6.2. Les attentes et aspirations du médecin.....	131
2.6.3. Les ressources.....	132
V. CONCLUSION.....	134
Bibliographie.....	137
Annexe 1. Guide d'entretien.....	143
Annexe 2. Tableau des caractéristiques des médecins.....	145
Annexe 3. Tableau des caractéristiques des patients.....	146
Annexe 4. Les entretiens.....	148
Serment d'Hippocrate.....	149
Résumé.....	150

I. INTRODUCTION

1. Problématique

1.1. La genèse de la rupture

La relation médecin-patient fait partie des rares relations professionnelles qui peuvent durer pendant de nombreuses années. Cependant, au cours de sa carrière le médecin généraliste sera très certainement confronté à une situation de rupture avec un patient.

Toutes les consultations de médecine générale ne se ressemblent pas. La rencontre d'un médecin et d'un patient forme un « colloque singulier. » C'est « *une relation intersubjective, régie par des ressorts affectifs qui lui confère un pouvoir d'influences réciproques source majeure de mobilisation et de motivation pour tout projet thérapeutique de longue durée et à l'opposé, de frustrations et de blocages* »⁽¹⁾. Elle fait donc appel au vécu et au ressenti de deux protagonistes qui vont largement contribuer à la réussite ou l'échec de la relation⁽²⁾. Malgré les efforts de chacun, « *il n'est pas rare que la relation entre le malade et son médecin soit tendue, malheureuse ou même désagréable* »⁽³⁾. Des désaccords et des incompréhensions peuvent survenir.

Le médecin doit chercher à établir et à maintenir avec son patient une relation de confiance mutuelle⁽⁴⁾. Il doit afficher une empathie, une authenticité et un regard positif inconditionnel pour effectuer le changement thérapeutique⁽⁵⁾. Cependant, il est reconnu que les médecins et les patients peuvent éprouver des difficultés dans leur relation au fil du temps. Les médecins mais également les patients peuvent répondre à ces difficultés de différentes manières, dont celle de mettre fin à la relation⁽⁵⁾.

Une relation médecin-patient inscrite dans la durée, suppose un début et mais aussi une fin, qui surviennent dans des circonstances très variées et qui dépendent d'événements plus ou moins fortuits⁽⁶⁾.

1.2. L'évolution de la relation médecin-patient

1.2.1. La place du patient dans la décision médicale

Au fil des années, la relation médecin-patient a évolué d'un modèle « paternaliste » vers un modèle « d'autonomie ». Le modèle paternaliste prédominait en médecine depuis Hippocrate. Décrit par T. Parsons dans les années 1950, il a été le modèle prédominant jusque dans les années 1980 ⁽⁷⁾. Il se fondait sur trois postulats : le pouvoir des soignants, l'ignorance et la soumission des malades ⁽⁸⁾. La relation médecin-malade est présentée comme une relation asymétrique. Le malade demandeur est soumis, passif. Le médecin quant à lui est détenteur de la connaissance et du pouvoir de guérir ⁽⁷⁾.

On assiste à un déclin de l'autorité médicale avec un rééquilibrage de la relation ⁽⁸⁾. Différents modèles sociologiques ont illustré ce changement. L'information médicale devient bidirectionnelle, la décision est prise d'un commun accord au cours d'une délibération consensuelle pour aboutir au modèle de la « décision partagée » ⁽⁷⁾. La loi du 4 mars 2002 affirme les droits des malades. Elle couvre de nombreux aspects comme le droit à l'information, le consentement éclairé, et d'une manière plus générale la notion d'autonomie du patient ⁽⁹⁾. Les patients deviennent acteurs et le médecin devient un conseiller technique ⁽¹⁰⁾. On voit apparaître le concept de « démocratie sanitaire » ⁽¹¹⁾.

La loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 instaure un nouveau dispositif reposant sur le choix par le patient d'un médecin traitant ⁽¹²⁾. Une « déclaration du médecin traitant » est signée par le patient et le médecin. Elle constitue un engagement réciproque, un partenariat ⁽¹²⁾. Ce choix du médecin traitant a fait évoluer la relation créant de nouvelles responsabilités mais aussi la nécessité d'un nouveau dialogue.

Cette évolution a permis un processus d'individualisation : le malade est moins passif, s'informe, revendique. La médiatisation de la société, notamment avec internet ⁽¹³⁾, et la vulgarisation scientifique, permettent une meilleure accessibilité de l'information médicale. Environ 1 patient sur 5 est un chercheur d'information médicale sur internet ⁽¹⁴⁾ et cette information fait partie intégrante de la relation de soin ⁽¹⁵⁾. D'un côté, cette maturité acquise par le patient permet une meilleure collaboration avec le médecin. D'un autre côté, elle entraîne des demandes vis-à-vis de la médecine avec des dérives liées à une certaine

banalisation apparente de l'acte médical ⁽¹⁰⁾. « *L'accès à des sources d'informations de plus en plus étendues peut conduire à des revendications et des comportements qui ne correspondent ni à la culture du monde soignant, ni à une saine relation thérapeutique* » ⁽⁸⁾. L'irruption croissante de « médecines douces » ou « alternatives » contribue à altérer encore un peu plus l'image du « médecin de famille ».

Les médecins traduisent un sentiment de désacralisation de leur statut face à des malades plus instruits, donc plus exigeants ⁽¹³⁾. Le médecin est confronté à un malade qui lui résiste et remet en cause son autorité. Le patient a des droits, mais il aurait aussi des devoirs envers le médecin, notamment le respect de sa vie professionnelle, civile et familiale ⁽¹³⁾.

1.2.2. Insatisfactions et exigences grandissantes

Le taux des médecins insatisfaits augmente : moins de 15% en 1973, plus récemment entre 30 et 40 %, voire près de 60 % dans une étude de 2001 ⁽¹⁶⁾. La médecine générale souffre également de problèmes de reconnaissance ainsi que d'une charge de travail incompatible avec l'épanouissement personnel ⁽¹⁶⁾. Certains médecins craignent de perdre leur autonomie professionnelle et de devenir des prestataires de services ^(10, 16).

Du fait de l'évolution sociologique, les patients sont devenus des consommateurs ⁽¹⁶⁾. Ils ont des attentes irréalistes vis-à-vis du pouvoir de la médecine et ont davantage d'exigences de temps et d'accessibilité vis-à-vis des médecins. En effet, 75 % des médecins estiment que les malades sont devenus plus exigeants ⁽¹³⁾. Ils sont devenus des « impatients » ⁽¹³⁾. Il veulent tout, tout de suite avec des informations et des explications précises. Or ces nouvelles exigences demandent du temps.

On observe également un phénomène de nomadisme médical défini comme la pluri-consultation et/ou l'infidélité à son médecin ⁽¹⁷⁾. Insatisfait, le patient nomade consulte à tour de rôle différents praticiens. Ce cas de figure n'est toutefois pas très fréquent et a été limité par l'instauration du médecin traitant ⁽¹⁸⁾.

1.2.3. Les conséquences possibles

Ces modifications ont entraîné des problèmes de responsabilité juridique, avec la multiplication des litiges et procès. La judiciarisation se développe en médecine, non plus fondée seulement sur la faute, mais parfois sur le risque ⁽¹⁰⁾. L'obligation de moyen tend à devenir une obligation de sécurité-résultat avec une extension de la responsabilité médicale ⁽¹⁰⁾. La sécurité du patient est devenue une préoccupation des professionnels de santé ⁽¹⁹⁾. On assiste au développement d'une « médecine défensive » ⁽²⁰⁾.

Les agressions des médecins se multiplient. Les généralistes restent les plus touchés puisqu'ils représentent 61 % des médecins agressés en 2014 ⁽²¹⁾. L'insécurité croissante à laquelle il faut ajouter la pression juridique avec la crainte d'erreurs médicales sont à l'origine d'un malaise chez les médecins libéraux ⁽²²⁾.

Les autres causes d'insatisfactions invoquées par les praticiens sont d'ordre organisationnelles et administratives (charge de travail élevée, poids de l'administration) mais aussi relationnelles (demandes jugées excessives des patients et de leurs familles) ⁽²³⁾. Elles pourraient générer une certaine souffrance et ainsi favoriser l'émergence du burn-out ⁽²³⁾. Or les médecins éprouvent des difficultés à lever le pied ou à réduire un travail source de fortes compensations identitaires ⁽²⁰⁾.

Rendre le médecin heureux dans son exercice professionnel est l'un des enjeux de l'évolution actuelle ⁽¹⁶⁾. Les nouveaux rapports médecins-patients entraînent une modification progressive de l'exercice médical.

1.3. Les apports de la littérature

1.3.1. Les causes de conflits

Les conflits entre le médecin et le patient aboutissent parfois à des ruptures de la relation ⁽⁵⁾. Les causes de conflits sont : le retard, le refus de délivrer un médicament ou un examen attendu par le patient, l'incompréhension ou la mauvaise explication d'une

information donnée par le médecin, le reproche quant à l'acte médical ou la consultation, une erreur, un événement indésirable ou porteur de risque ^(24, 25). Le stress, tant du patient que du médecin peut créer des tensions ⁽²⁶⁾.

Bien que difficiles à chiffrer, les erreurs médicales en pratique ambulatoire ne sont pas rares. Ces données manquent pour la plupart des pays. Les principales erreurs en cabinet seraient les retards de diagnostic, l'insuffisance des mesures préventives, les problèmes de communication et les erreurs de médication ⁽²⁷⁾.

Par ailleurs, la catégorie socioprofessionnelle du patient influencerait le déroulement des consultations. En effet, les classes sociales proches de celle du médecin suivent plus fréquemment un modèle coopératif et ont plus de discussions sortant du cadre médical. Pour les classes populaires, on observe une attitude plus souvent paternaliste du médecin, un déficit d'activité professionnelle du patient et des conflits plus fréquents ⁽²⁸⁾.

Un profil du médecin ayant peu de conflit avec ses patients a été décrit. Ce serait une femme, installée depuis moins de 10 ans dans un cabinet de groupe en milieu rural. Elle n'est pas en surmenage professionnel. Elle est accueillante et sincère, empathique, pratique une écoute active et favorise le dialogue. Elle est épanouie dans sa vie personnelle. Si la situation lui semble trop douloureuse, elle n'hésite pas à rompre la relation ⁽²⁹⁾.

Les conflits peuvent ressurgir quand le médecin a des difficultés à traiter certains patients qui touchent chez le médecin des points sensibles ⁽³⁰⁾. Les médecins ne doivent pas être trop intimes, ni trop hostiles à l'égard des patients, ils doivent maintenir une impartialité émotionnelle, c'est la « *neutralité affective* » décrite par T. Parsons ⁽⁵⁾. Mais le médecin ne peut jamais être totalement neutre, car il a des préjugés, une sensibilité qui le prédisposent à porter des jugements et à manifester des antipathies.

1.3.2. Le « patient difficile »

Certains patients irritent, énervent et épuisent. Ils mettent le médecin sous pression, à l'épreuve et en échec. Ils poussent à transgresser le cadre thérapeutique. Le médecin peut

manifester une contre-attitude agressive ou une souffrance ⁽³¹⁾. Le risque est la démission thérapeutique ⁽³¹⁾. Il s'agit souvent de patients ayant des troubles de la personnalité et des états dépressifs ⁽³¹⁾.

« *Les attitudes de certains patients peuvent parfois faire d'eux des "mauvais malades", dès lors qu'elles s'opposent à celles attendues du "bon malade".* » ⁽²⁰⁾ Les anglo-saxons ont décrit deux types de patients : les « *mauvais patients* », qui enfreignent les règles de la relation médecin-patient, et les « *patients difficiles* », avec lesquels la relation médecin-patient est tellement tendue que les médecins estiment qu'ils ne peuvent plus prendre soin d'eux ⁽³²⁾.

Les patients trop exigeants sont un défi, même pour le meilleur des médecins. Les médecins témoignent de l'usure qu'entraîne parfois l'exposition quotidienne avec certains patients et leurs proches ⁽²⁰⁾. Ils ont parfois un désir de cadrage de la relation thérapeutique avec le patient et la maîtrise de leur comportement imprévisible comme la rupture de suivi, ou le choix d'un autre médecin ⁽⁹⁾. Le risque pour le patient est la discontinuité des soins.

Dans une situation difficile, le médecin devrait maintenir la meilleure communication possible ^(26, 33). Or parfois la rupture devient la seule solution.

1.3.3. Les ruptures de la relation médecin-patient

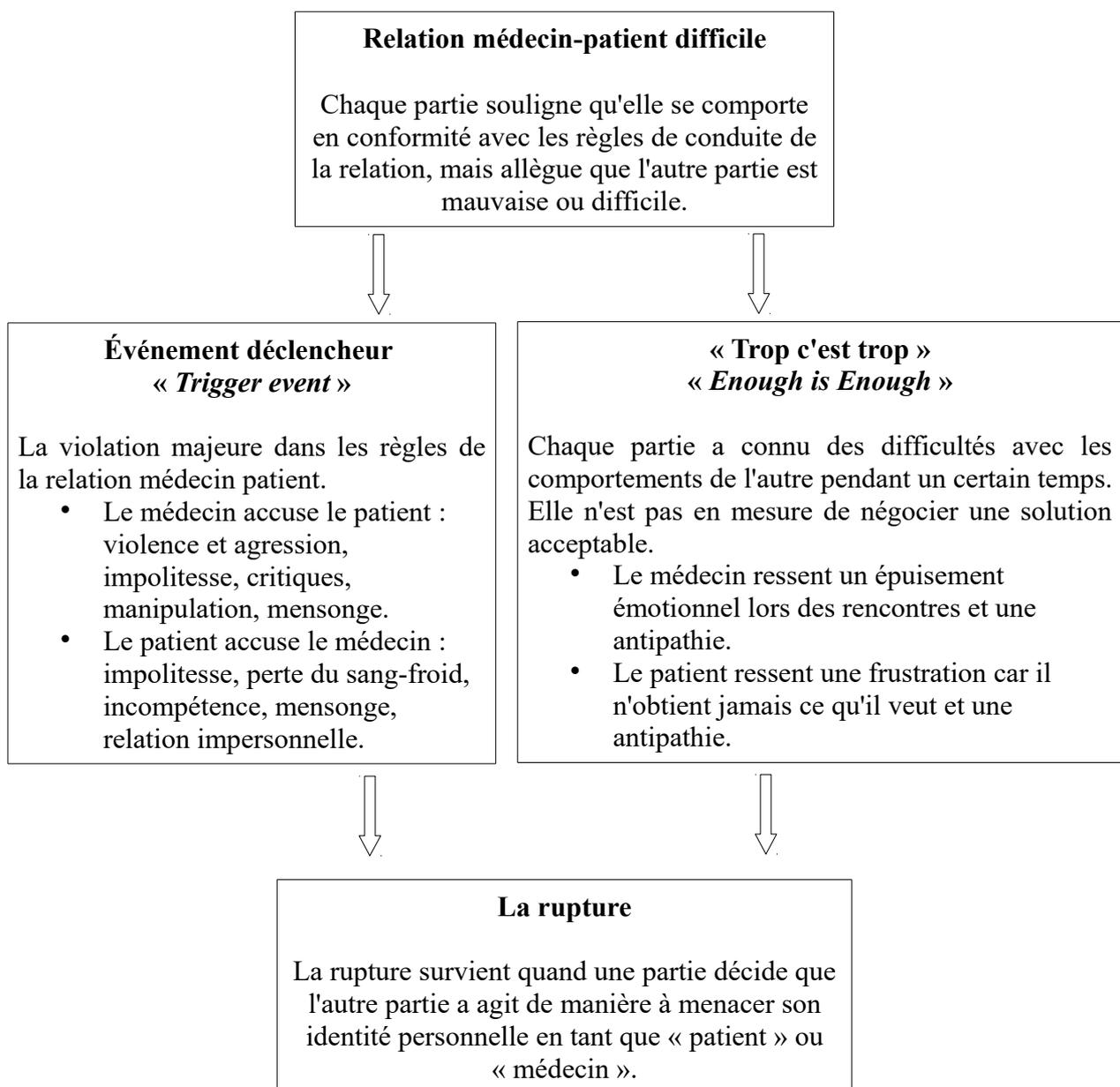
Il y a peu de choses connues à propos de la fin des relations médecins-patients. Il existe une petite littérature anglo-saxonne sur le sujet.

M. Balint explique que la relation médecin-patient dans la pratique générale est conditionnée par les liens souvent anciens et intimes qui se créent entre les partenaires et qu'il est difficile de décrire. C'est ce qu'il nomme « *la compagnie d'investissement mutuel* » ⁽³⁾. Le médecin acquiert un précieux capital investi dans son patient et réciproquement. L'essence de cette relation réside dans sa continuité et toute réussite thérapeutique fait accroître ce capital commun. Rompre définitivement la relation revient à liquider la compagnie d'investissement mutuel entraînant la perte de son capital et l'appauvrissement des deux partenaires.

Pour illustrer la rupture médecin-patient, T. Stokes utilise « *la métaphore du divorce* »⁽³²⁾ qui se définit en quatre points :

- Il s'agit d'une relation à long terme qui pourrait continuer indéfiniment.
- La rupture est devenue nécessaire car elle est irrémédiable.
- Mettre fin à la relation est un « dernier recours ».
- La rupture a des avantages pour les deux parties. Elle permet de résoudre les difficultés pour le médecin et permet au patient de prendre un nouveau départ.

Il décrit un modèle de la rupture de la relation médecin-patient⁽⁵⁾ :



Alors que les médecins et les patients donnent fréquemment des explications différentes des événements qui mènent à la rupture, ils soulignent l'un et l'autre la perte de confiance ⁽³⁴⁾.

Le sociologue D. Hayes-Bautista décrit les différentes modalités par lesquelles la rupture de la relation est accomplie à la fois par le médecin et le patient ⁽⁵⁾:

- Le retrait mutuel : lorsque les deux parties parviennent à l'accord que la relation n'a pas fonctionné et que la rupture est la seule issue ; cela semble être une rupture idéale mais qui se produit toutefois rarement en pratique.
- La confrontation : quand le retrait est tenté par une partie mais que l'autre refuse avec colère.
- Le « *fade-out* » : quand le patient, ayant décidé de mettre fin à la relation, choisit de ne pas retourner voir le médecin.
- Le « *hand-off* » : quand un praticien désigne à un patient un autre praticien dans le but précis de mettre fin à la relation.
- Le « *put-off* » : quand un praticien refuse d'accéder aux demandes du patient afin que le patient perde patience et consulte un autre praticien.

Les ruptures ne sont jamais signalées à la caisse primaire, contrairement à ce qui se passe en Grande-Bretagne quand un médecin décide de retirer un patient de sa liste ⁽³⁵⁾.

1.3.3.1. Initiées par le patient

Le patient a la liberté de rompre la relation à tout moment, sans préavis ni explication ^(36 art. 47). C'est le « *walk-out* » décrit par D. Hayes-Bautista ⁽⁵⁾.

Selon une étude française, les causes de changement de médecin traitant par un patient, si l'on excepte la cause principale représentée par le déménagement (73%), sont le manque de disponibilité et d'écoute. Les erreurs médicales, les désaccords avec la décision médicale et l'attente sont ensuite évoqués, ainsi que l'attrait des médecines alternatives ⁽³⁷⁾. Les patients concernés seraient jeunes, issus plutôt d'un milieu urbain ⁽³⁷⁾.

Les « mauvais » médecins généralistes sont décrits par les patients comme

désagréables, impersonnels, indifférents, cliniquement incompétents et menteurs ⁽³⁵⁾.

1.3.3.2. Initiées par le médecin

Le médecin a également la liberté de mettre un terme à la relation, bien que conditionnelle. « *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.* » ^(36 art. 47) Il n'est pas obligé d'en fournir les raisons au patient. Le motif doit être juste et raisonnable ⁽²⁶⁾. Par contre, « *Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.* » ^(36 art. 47) Les médecins doivent être prêts à justifier leur décision à eux-mêmes, au patient et le cas échéant à un tiers ⁽¹⁹⁾. Si le motif est légitime le médecin aidera le patient à chercher un autre praticien ⁽³⁸⁾.

Les ruptures sont rares ^(32, 39). Elles sont utilisées seulement en dernier recours ⁽³²⁾ ; comme moyen de mettre fin à la relation avec les patients problématiques ^(5, 32) ; et pour des raisons qui leurs sont importantes dans le maintien des limites professionnelles et dans le respect des responsabilités professionnelles ⁽³²⁾. La majorité des médecins expriment le souhait de conserver le droit de supprimer les patients de leur liste ^(5, 32, 39).

Les ruptures sont généralement orales et suggérées, ce qui correspond au « *push out* » décrit par D. Hayes-Bautista ⁽⁵⁾. Elles sont parfois imposées, « *lock out* » ⁽⁵⁾.

Une approche américaine propose une méthode standardisée pour mettre fin à la relation ⁽⁴⁰⁾. La rupture peut être précédée par la rédaction d'un contrat ^(40, 41, 42). Si celui-ci n'est pas respecté, il sera mis fin à la relation.

Les raisons qui poussent à mettre fin à une relation sont les comportements violents (y compris la violence verbale) ou menaçants qui sont la plupart du temps dirigés vers le personnel, ainsi que les comportements abusifs des patients ^(34, 39). Par exemple, des exigences irréalistes et déraisonnables à la pratique (demandes de visite à domicile pour des plaintes mineures, abus d'appels hors des heures d'ouverture). Alcool et abus de drogue ont été fréquemment mentionnés en association avec l'abus de violence. Sont citées également

les divergences d'opinion dans les attentes thérapeutiques. La plupart des autres causes sont attribuées à la « *panne* » dans la relation ⁽³⁹⁾. Dans 86 % des cas, d'autres membres de la famille avaient été retirés en même temps ⁽³⁹⁾.

Ni l'âge, ni le sexe des médecins ne sont associés à la tendance qui vise à retirer des patients de leur liste ⁽³⁹⁾. Plus le cabinet est petit et en milieu urbain plus le médecin est susceptible de retirer des patients (pas d'interaction entre les deux) ⁽³⁹⁾.

Les ruptures interviennent donc au terme d'un long processus conflictuel voire de situations jugées intolérables ⁽⁵⁾. Elles peuvent-être initiée par le patient, par le médecin ou par consentement mutuel ⁽⁵⁾.

2. Question de recherche

Au vu de notre problématique, le choix a été d'explorer les expériences de rupture des médecins généralistes avec leur patient, afin de mieux comprendre ce qui amène à la fin de la relation.

La question est la suivante : Quels sont les processus de la rupture de la relation médecin-patient ?

3. Objectif de l'étude

L'objectif de notre étude est de comprendre les logiques et les étapes conduisant à la rupture d'une relation entre un médecin et son patient. Ce sont les marqueurs de l'échec de la relation qu'il faut comprendre.

Le but de cette démarche, par l'exploration d'expériences de rupture vécues par des médecins généralistes, est de mieux comprendre les situations d'échec d'une relation de soins entre deux protagonistes.

Il s'agit de comprendre :

- Les causes de la rupture ;
- Le contexte dans lequel elles interviennent ;
- Les comportements et les profils des patients concernés ;
- Les comportements, les réactions et les émotions des médecins concernés ;
- Comment la rupture aurait pu être évitée.

Ainsi, ce travail s'inscrit dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins et de la qualité relationnelle entre patients et médecins généralistes.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Recherche bibliographique

La recherche des références bibliographiques a été en partie réalisée grâce à une revue systématique de la littérature avec les mots-clés suivants : « relation médecin-patient », « relation médecin-malade », « rupture », « confiance », « souffrance médecin », « erreur médicale », « conflit », « doctor-patient relationship », « physician-patient relationship », « break », « breakdown », « trust ».

Elle a été effectuée à partir de bases de données internet :

- BDSP (Banque de données en Santé Publique).
- PubMed (National Library of Médecine).
- CISMef (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française).
- Google Scholar.
- SUDOC (Système Universitaire de Documentation).
- Nantilus (Service de documentation de l'université de Nantes) : EM Premium, Pascal.

Elle a été complétée par :

- Des sites officiels : Conseil National de l'Ordre des Médecins, Légifrance, HAS.
- De la littérature grise sur internet.
- Des livres, certains recommandés par les codirecteurs de thèse.

2. Méthodologie de l'enquête

2.1. Type d'étude

Il a été réalisée une enquête qualitative transversale par entretiens individuels semi-structurés ⁽⁴³⁾ auprès de médecins généralistes volontaires, au sujet d'une expérience subjective de rupture de la relation avec un patient.

L'analyse qualitative des données met à profit les capacités naturelles de l'esprit du chercheur et vise la compréhension et l'interprétation des pratiques et des expériences ⁽⁴⁴⁾. Elle est la recherche de significations ⁽⁴⁴⁾. Notamment parce qu'elle prend appui sur l'écriture, donc sur le langage, elle est traversée de toute part par le sens : importation de sens, recherche de sens, production de sens ⁽⁴⁴⁾.

Le peu de données bibliographiques ne permettait pas de poser des hypothèses. La méthode par entretien s'impose chaque fois que le chercheur ignore le monde de référence, ou bien ne veut pas décider à priori du système de cohérence interne des informations recherchées. Il ne s'agit pas de vérifier des hypothèses, les « *pourquoi* », mais de tenter de comprendre les « *comment* », la logique d'une action, son principe de fonctionnement ⁽⁴⁵⁾. Cette méthode convient pour l'étude de l'individu et des groupes restreints ⁽⁴⁵⁾.

Les entretiens semi-directifs ont permis d'approcher au moyen de l'analyse d'un discours spontané, les différents déterminants, les différentes interactions ou événements qui guident les comportements du médecin et de son patient ⁽⁴⁵⁾. À travers l'explication des représentations individuelles un processus sociologique peut être dégagé ⁽⁴⁵⁾.

2.2. Mode de recrutement et taille de l'échantillon

Un échantillon de médecins a été recruté sur la base du volontariat. Il s'agissait de médecins généralistes aux caractéristiques démographiques variées (âge, sexe, lieu et ancienneté d'exercice), ayant une activité libérale et régulière, et exerçant en Loire-Atlantique.

Le recrutement a été mené selon deux modalités :

- ▶ Un mode d'accès direct grâce à l'utilisation de listes nominatives ⁽⁴⁵⁾. Ainsi, les trois premiers entretiens ont été sollicités au hasard dans la liste des médecins généralistes exerçant en Loire-Atlantique (annuaire professionnel). De plus, une invitation à participer à l'étude a été envoyée à des médecins généralistes, maîtres de stage universitaire, exerçant en Loire-Atlantique (liste obtenue par le Département de Médecine Générale de Nantes). 88 demandes ont été envoyées.
- ▶ Un mode d'accès indirect avec la méthode dite « de proche en proche » ⁽⁴⁵⁾. Elle consiste à demander à l'interviewé de désigner d'autres interviewés potentiels et ainsi de suite. Des rendez-vous ont été pris avec les volontaires.

Les médecins ont été contactés soit par téléphone (directement ou le plus souvent via le secrétariat), soit par courrier électronique expliquant le sujet et les modalités de l'enquête.

La taille de l'échantillon nécessaire à la réalisation de cette enquête par entretien est réduite, dans la mesure où les informations tirées des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence ⁽⁴⁵⁾. L'arrêt du recrutement a été déterminé selon le critère de saturation des données ⁽⁴⁶⁾ et le critère de variabilité des caractéristiques démographiques de l'échantillon ⁽⁴⁶⁾.

2.3. Entretiens

La méthode des entretiens individuels semi-directifs a été choisie. Il s'agit de recueillir des informations lors d'un tête-à-tête avec la personne enquêtée, via l'emploi de questions pertinentes en lien avec le sujet ⁽⁴³⁾. L'enquêteur doit adopter une attitude bienveillante, empathique, sans conseil ni jugement ⁽⁴³⁾, pour encourager une expression fidèle et précise de l'interviewé ⁽⁴⁵⁾. Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone numérique. Le lieu et l'heure de l'entretien étaient décidés par le médecin selon ses convenances.

Au début de chaque entretien, des données socio-démographiques étaient demandées au médecin : son âge, son ancienneté d'exercice, son activité professionnelle en lien avec sa situation géographique (milieu rural ou urbain), ses conditions d'exercice (seul ou en association), ses qualités (maître de stage universitaire, diplôme universitaire).

Un guide d'entretien (annexe 1) fut élaboré avant l'enquête sur la base des premières recherches bibliographiques. Ce travail a permis la traduction des idées de départ en questions d'enquête ⁽⁴⁵⁾.

Il rappelait :

- ▶ Le motif de l'étude.
- ▶ La méthode de l'enquête utilisée.
- ▶ Les règles éthiques préalables pour le bon déroulement de l'entretien notamment la garantie de l'anonymat.

Il comportait :

▶ Une première question invitant le médecin à raconter une expérience de rupture de la relation médecin-patient qu'ils avaient eux-mêmes vécue : « *Racontez-moi une de vos expériences de rupture de la relation médecin-patient, de préférence récente et éprouvante ?* »

- Une expérience de préférence récente pour que les faits soient plus facilement remémorés.
- Une expérience de préférence éprouvante pour le médecin.

- Les patients concernés devaient avoir plus de 18 ans.
- La relation entre le médecin et le patient devait de préférence être installée dans le temps.
- Une expérience de rupture en lien avec un changement géographique du patient n'était pas souhaitée.

► Suivait une trame de questions ouvertes : « *Racontez-moi ce qui a été difficile ?* » ; « *Avec le recul, comment cela aurait-il pu se passer autrement ?* » ; « *Racontez-moi comment sont vos relations avec vos patients? Qu'est-ce qui fait que vous vous entendez bien avec eux ?* »

► Des questions de relances ⁽⁴⁵⁾ visaient à explorer le contexte de la rupture, les aspects de la relation, le profil et les comportements du patient, l'attitude et les sentiments du médecin face à la rupture, ainsi que leurs représentations des relations qui ont avec leurs patients.

► La dernière question permettait une réflexion personnelle : « *Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter sur le thème de la rupture médecin-patient?* »

Ce canevas reprenait donc les thèmes à aborder tout en restant souple, l'enquêteur pouvant l'adapter au cours de l'entretien ⁽⁴³⁾. Les premiers entretiens furent l'objet d'une autocritique systématique des interventions de l'enquêtrice, pour affiner la pertinence des questions.

Deux pré-entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes volontaires afin d'évaluer la pertinence du guide ⁽⁴⁶⁾. Un des deux n'a pas été retenu pour l'étude.

Un journal des entretiens fut tenu dans lequel étaient reportés la date, le lieu, l'heure et la durée de l'entretien, ainsi que les caractéristiques du médecin recueillies et les impressions de l'enquêtrice.

2.4. Retranscription et anonymisation des données

Les données ont été retranscrites intégralement de manière littérale sur support informatique par l'enquêtrice, idéalement après l'entretien pour une retranscription « à chaud ». Les éléments paralinguistiques (hésitation, silence, mimique) ont été inclus en italique et entre parenthèses ⁽⁴⁷⁾.

Chaque entretien a été renommé sous une lettre de l'alphabet par ordre chronologique de réalisation. Le médecin était nommé par la lettre alphabétique correspondante à celle de l'entretien.

Une deuxième écoute a été réalisée, afin que l'enquêtrice s'imprègne « auditivement » des entretiens ⁽⁴⁷⁾, corrige les erreurs de retranscription et de ponctuation pour coller le plus possible au sens du discours et ainsi aboutir à la transcription finale.

Afin de respecter l'anonymat du médecin, les noms des médecins et certains noms de lieux cités n'ont pas été retranscrits.

2.5. Considérations éthiques

Le consentement oral du médecin a été recueilli préalablement à l'entretien ⁽⁴⁸⁾.

L'anonymat des médecins a été garanti ⁽⁴⁸⁾, notamment par l'anonymisation des données.

Il a été rappelé aux médecins leur droit de refus ou de retrait de l'étude à tout moment mais également leur droit de regard sur les données fournies en terme d'accès et de rectification, conformément à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Liberté) ⁽⁴⁶⁾.

3. Analyse des résultats

Une analyse thématique transversale ⁽⁴⁶⁾ des entretiens a été réalisée. La thématisation est une méthode descriptive ⁽⁴⁴⁾. C'est « *la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec la problématique* » ⁽⁴⁴⁾. Il s'agit de cerner par une série de courtes expressions (les thèmes) l'essentiel d'un propos ⁽⁴⁴⁾.

Avant de commencer l'analyse, il fut déterminé la technique du travail de thématisation :

- ▶ Le support papier a été choisi.
- ▶ Le mode d'inscription des thèmes était progressif et linéaire ⁽⁴⁴⁾, en marge du texte

⁽⁴⁴⁾.

▶ Puis l'analyse a été conduite selon la démarche par thématisation continue. Les thèmes sont identifiés et notés au fur et à mesure de la lecture du texte, puis regroupés et fusionnés au besoin et hiérarchisés sous la forme de thèmes centraux ⁽⁴⁴⁾.

Le codage a été réalisé entièrement par l'enquêtrice pour l'ensemble des entretiens. Pour chacun d'entre eux, un relevé de thème a donc été effectué. À chaque thème ont été associés les extraits de témoignage (verbatim) ayant la même unité de signification ⁽⁴⁴⁾. Les récurrences ou différences entre les corpus ont été mises en évidence. Enfin, un travail de regroupement et de subdivision des thèmes a été réalisé, permettant ainsi la construction d'un arbre thématique ⁽⁴⁴⁾.

Cette grille d'analyse est construite selon une logique à la fois verticale et horizontale pour rendre compte de chacun des cas et des dimensions transversales ⁽⁴⁵⁾. Elle sert de base à l'élaboration de typologies ⁽⁴⁵⁾.

III. RÉSULTATS

1. Entretiens réalisés

1.1. Caractéristiques des entretiens

Lors de l'enquête, nous avons interrogé 20 médecins généralistes de janvier 2015 à juin 2015. Les entretiens :

- ont duré de 12 à 55 minutes (24 minutes en moyenne).
- 12 ont été réalisés au cabinet du médecin, 8 ont été réalisés au domicile du médecin.
- se sont principalement déroulés pendant la journée de travail du médecin.
- ont été effectués en Loire-Atlantique.

Les entretiens M et R n'ont pas été inclus car ne respectant pas les conditions initiales du protocole. Dans l'entretien M, le médecin raconte le cas d'un patient psychotique vu 2 ou 3 fois en consultations, qu'il fait sortir du cabinet car ingérable dans la salle d'attente (trouble du comportement). De plus le médecin fait des digressions fréquentes qui ne sont pas en lien avec le sujet et qui ne sont donc pas analysables pour notre étude. Dans l'entretien R, le médecin raconte une dispute avec les parents d'un mineur vu en consultation pour la première fois dans le cas d'une situation d'urgence (brûlure).

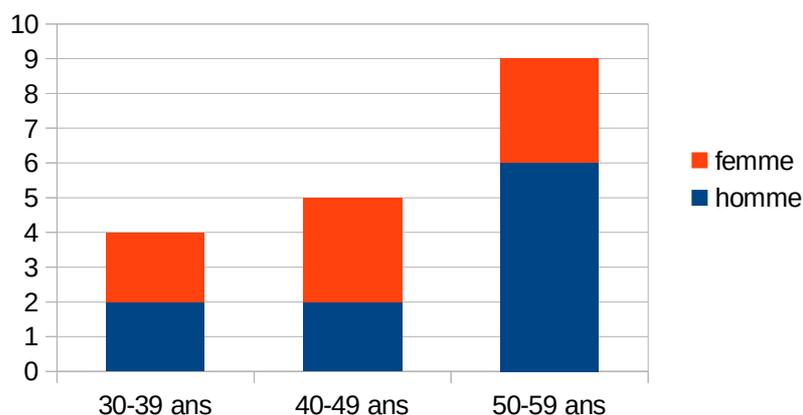
Au final, 18 entretiens ont été analysés.

1.2. Caractéristiques des médecins interrogés

Le tableau des caractéristiques des médecins est consultable en annexe 2.

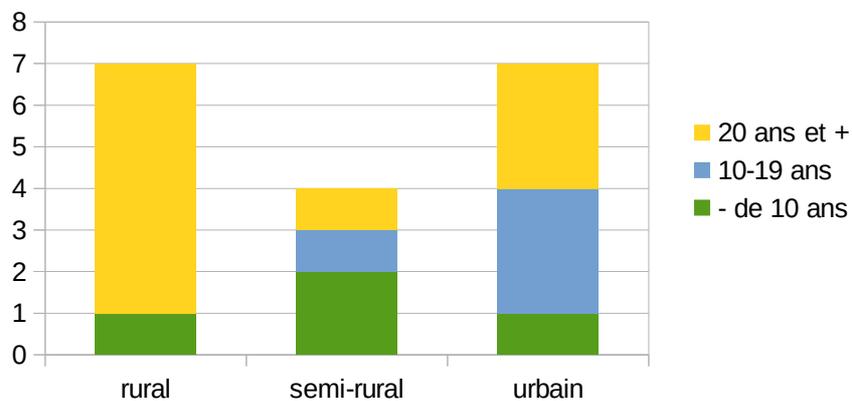
Sur les 18 médecins généralistes interrogés, on comptait 8 femmes et 10 hommes. L'âge variait de 32 à 59 ans, soit une moyenne de 48 ans.

Âge et sexe



7 médecins exerçaient en secteur urbain, 6 en secteur rural et 5 en secteur semi-rural. 10 médecins exerçaient depuis plus de 20 ans, 4 médecins depuis plus de 10 ans et 4 depuis moins de 10 ans.

Lieu et ancienneté d'exercice



17 médecins travaillaient dans un cabinet de groupe en association. 9 d'entre eux avaient 1 associé, les autres avaient de 2 à 4 associés. 1 médecin exerçait seul.

8 étaient maîtres de stage universitaire.

2. Résumé des entretiens

2.1. Profil des patients

Le tableau des caractéristiques des patients est consultable en annexe 3.

2.1.1. Caractéristiques socio-démographiques

Les patients concernés étaient :

- 16 femmes et 9 hommes.
- âgés de 40 à 92 ans (l'âge était souvent estimé par le médecin). La moyenne d'âge était de 60 ans.
- souvent en inactivité professionnelle, principalement retraités.
- majoritairement de catégories socio-professionnelles moyennes ou populaires.

2.1.2. Pathologie et traits de personnalité

Certains patients souffraient de problèmes cardio-vasculaires ou de problèmes psychiatriques, dont conduites addictives et syndrome dépressif. Dans plusieurs entretiens, les patients étaient présentés comme névrosés, anxieux, dépendants, manipulateurs et rigides. Certains étaient des patients lourds et polypathologiques. Les autres patients n'avaient pas de souci de santé importants ou des pathologies bénignes.

2.2. Situations rapportées

Les médecins devaient raconter une situation de rupture avec un patient. Parfois, ils présentaient plusieurs situations vécues, plus ou moins brièvement. Au total, 25 situations ont été rapportées :

	Médecin	Patient	Ancienneté et choix de la relation	Résumé de la situation de rupture
A	Femme 33 ans. 2 ans d'installation. Milieu urbain. Reprise d'une patientèle.	Homme 75 ans. Retraité. Pathologie cardio-vasculaire. Rein unique.	< 1 an. Quelques consultations. Renouvellements.	Le patient reproche de manière récurrente au médecin une erreur de diagnostic antérieure. Il lui reproche d'avoir passé des examens complémentaires en urgence dans la journée, dans l'hypothèse d'un problème cardiaque aigu, alors qu'il s'agissait d'une bronchite aiguë. Puis il part vers l'associé sans explication pendant le congé maternité du médecin.
B	Homme 55 ans. 22 ans d'exercice. Milieu urbain.	1) Homme 60 ans. Retraité SNCF. Dynamique, nombreuses occupations. Pathologies bénignes. 2) Femme 55 ans. Inactive. Pathologie psychiatrique. Conduites addictives.	1) 15 ans. Patient de l'ex-associé. 2) Quelques années. Adressée par un autre médecin épuisé de la relation.	1) Le médecin surchargé, refuse de voir le patient le jour même, jugeant la demande non-urgente. Celui-ci demande quelques jours plus tard son dossier à la secrétaire. 2) Le médecin, amené à intervenir au domicile, fait hospitaliser la patiente sous la contrainte. Celle-ci, sous la colère, décide de changer de médecin à la sortie de son hospitalisation.
C	Femme 50 ans. > 15 ans d'exercice. Milieu urbain.	Homme 85 ans. Retraité. Polypathologie. Leucémie chronique.	Quelques années. Volonté de changer de médecin traitant.	La femme du patient reproche au médecin de ne pas avoir fait hospitaliser son mari suite à l'aggravation d'une anémie. Mais le patient serait convoqué à chaque fois par l'hôpital pour transfusion. Le médecin décide d'initier la rupture dans les suites d'un conflit virulent avec elle.

	Médecin	Patient	Ancienneté et choix de la relation	Résumé de la situation de rupture
D	Femme 49 ans. 20 ans d'exercice. Milieu rural. MSU*. Antécédent de surmenage professionnel.	Homme 55 ans. Chef d'entreprise, en échec professionnel. Pathologie cardio-vasculaire, cancer prostate. Traits de personnalité : anxieux et dépendant.	10 ans.	Le médecin refuse de voir le patient en urgence le soir pour une demande insistante et injustifiée médicalement. Patient qui avait déjà consulté plusieurs fois pour le même motif dans la semaine. Le lendemain, il est présent dans le cabinet et souhaite récupérer son dossier médical. En parallèle, le médecin donne comme consigne à la secrétaire de ne plus le recevoir.
E	Homme 58 ans. 30 ans d'exercice. Milieu rural. MSU*.	1) Homme 40 ans. Agent d'entretien dans une maison de retraite. Névrалgie cervico-brachiale. 2) Femme > 75 ans. Retraitée. Mari décédé. Traits de personnalité : manipulatrice et dépendante.	1) Nombreuses années. Médecin de famille. Patients qui avaient insisté pour être suivi par le médecin malgré son refus. 2) 7-8 ans Patiente qui avaient insisté pour être suivie par le médecin.	1) Le patient décide de mettre fin à la relation reprochant au médecin d'avoir subi des complications lourdes (diverticulite sigmoïdienne aiguë opérée avec stomie) suite à un traitement antalgique prescrit (codéine et corticoïdes). Sa femme appelle la secrétaire pour qu'elle prépare le dossier médical. 2) La patiente demande son dossier médical quelques jours après le refus de la secrétaire de venir la chercher chez elle pour l'emmener au cabinet médical.
F	Femme 54 ans. 25 ans d'exercice. Milieu urbain. MSU*.	1) Homme 70 ans. Enseignant retraité. Pathologie cardio-vasculaire. 2) Femme 55 ans. Active. Pathologie chronique et troubles névrotiques.	1) 1 an et demi Volonté de changer de médecin traitant. 2) 7-8 ans.	1) Le patient demande de manière récurrente au médecin de faire hospitaliser sa femme, disant être victime de violence conjugale. Mais le médecin refuse devant le peu d'éléments constatés. Puis le patient décide de changer de médecin se plaignant de l'absence de secrétariat. Sa femme quitte le cabinet également. 2) La patiente demande son dossier médical dans les suites d'un refus du médecin de la voir le jour-même pour un motif médical jugé non urgent.

	Médecin	Patient	Ancienneté et choix de la relation	Résumé de la situation de rupture
G	Homme 52 ans. 21 ans d'exercice. Milieu rural. Exerce seul. MSU*. Antécédent de burn-out.	Femme 65 ans. Infirmière retraitée. Syndrome anxio-dépressif.	8 mois. Mari déjà suivi depuis 17 ans par le médecin.	La patiente décide de mettre un terme à la relation reprochant au médecin dans un courrier de ne pas l'avoir vue en urgence un samedi matin et de ne pas s'être excusé lors de la consultation suivante. Puis le médecin se dispute avec le mari car celui-ci veut récupérer le dossier médical de son épouse. Départ prochain du mari ?
H	Homme 54 ans. 26 ans d'exercice. Milieu semi-rural. MSU*.	1) Femme 92 ans. Retraité. Décès du mari. Polypathologies. 2) Femme 75 ans.	1) 25 ans. 2) non connu	1) Les enfants de la patiente demandent le dossier médical pour un changement de médecin traitant dans les suites d'une hospitalisation par un autre médecin. 2) Même situation, la famille de la patiente décide de faire un changement de médecin traitant reprochant de ne pas avoir fait hospitaliser plus tôt la patiente pour une détresse respiratoire. Bien que celle-ci aurait initialement refusé.
I	Femme 46 ans. 15 ans d'exercice. Milieu urbain. MSU*. Pas de secrétaire.	Femme 60 ans. Retraitée. Pathologies bénignes. Personnalité anxieuse et rigide.	Quelques années. Volonté de changer de médecin traitant.	La patiente décide de quitter le médecin pour un rendez-vous avec un spécialiste que le médecin n'a pas pris. Il s'agissait d'un avis dermatologique pour un prurit. Elle demande au médecin son dossier médical. Son conjoint part également.
J	Homme 35 ans. 5 ans d'exercice. En collaboration. Milieu semi-rural	Homme 70 ans. Retraité. Pathologie rhumatologique aiguë (gonalgie).	3 consultations de dépannage. Départ en retraite de l'ancien médecin traitant.	Le médecin décide de ne pas poursuivre le suivi devant le manque de confiance et la défiance du patient.
K	Homme 59 ans. 23 ans d'exercice. Milieu semi-rural. En association avec son épouse.	Homme environ 60 ans. Artisan proche de la retraite. Pathologie cardio-vasculaire bénigne.	> 15 ans.	Le médecin décide de mettre un terme à la relation dans les suites d'une divergence d'opinion et d'un conflit virulent avec le patient. Celui-ci lui reprochant une mauvaise orientation pour un examen à l'hôpital qui se serait mal passé (attente, médecin étranger).

	Médecin	Patient	Ancienneté et choix de la relation	Résumé de la situation de rupture
L	Femme 47 ans. 14 ans d'exercice. Milieu urbain.	Femme 60 ans. Inactive. Troubles psychotiques et conduites addictives. Tentatives de suicide. Traits de personnalité : manipulatrice et perverse. Précarité. Problèmes familiaux.	3 ans.	Le médecin décide de mettre un terme à la relation devant une prise en charge trop difficile et éprouvante. Notamment par la mise en échec de la cicatrisation d'une plaie de phlébotomie (tentative de suicide).
N	Homme 50 ans. 26 ans d'exercice. Milieu urbain. MSU*.	Femme 46 ans. Infirmière en entreprise. Phobie scolaire chez le fils entraînant difficultés d'organisation et souffrance.	Quelques années.	La patiente appelle un jour le médecin en pleurs et en détresse. Celui-ci lui parle d'arrêt de travail, de traitement anti-dépresseur et lui propose un rendez-vous le jour même. Elle ne se présente pas au rendez-vous et ne revient plus en consultation. Elle ne vient pas non plus chercher son dossier médical.
O	Femme 56 ans. 28 ans d'exercice. Milieu rural.	Femme 40 ans. Cadre dans une clinique. Allergies.	Plusieurs années.	La patiente quitte le cabinet quand son mari décède d'une longue maladie.
P	Homme 35 ans. 7 ans d'exercice. En remplacement et collaboration. D.U.** hypnose.	Femme 45 ans.	Vue 1 fois en consultation pour une pathologie aiguë.	La patiente part en colère du cabinet après un conflit avec le médecin dont l'élément déclencheur est le refus d'une prescription de sirop anti-tussif.
Q	Femme 32 ans. 4 ans d'exercice. En remplacement. Milieu semi-rural. D.U.** hypnose.	Femme 40 ans. Obésité non suivie.	Quelques consultations. Adressée par un confrère pour la prise en charge de l'obésité.	La patiente refuse d'adhérer à la proposition thérapeutique (régime paradoxal) proposée par le médecin. Elle ne revient pas mais continue d'amener ses enfants.

	Médecin	Patient	Ancienneté et choix de la relation	Résumé de la situation de rupture
S	Homme 45 ans. 14 ans d'exercice. Milieu semi-rural.	1) Femme 40 ans. Active. Séropositivité VIH. Ancienne toxicomane. 2) Femme 40 ans. Employée administrative 3) Femme. Lombalgie chronique.	Dizaine d'années. 2) Quelques années. 3) Quelques années.	1) Devant des propos insultants de la patiente, le médecin décide de mettre un terme à la relation. 2) Le médecin arrête la relation pour motif déontologique suite à une déclaration d'amour orale. 3) De même, il arrête la relation suite à une lettre d'amour.
T	Homme 57 ans. 28 ans d'exercice. Milieu rural. MSU*.	1) Homme. Conflit conjugal ? 2) Femme. Troubles psychotiques.	1) non connu 2) non connu	1) Le patient part, se sentant probablement accusé par un certificat de coup et blessure fait par le médecin. 2) Le mari de la patiente convoque le médecin chez lui, lui reproche de ne pas être intervenu dans la rue au secours de sa femme (agression ou scandale ?) et il le gifle. Puis sa femme ne vient plus au cabinet.

* MSU = Maître de stage universitaire

** D.U. = Diplôme universitaire

La plupart des relations décrites étaient des relations longues, de quelques années à plus de 10 ans, incluant un suivi régulier ou à l'inverse des consultations ponctuelles. Les autres relations en revanche étaient brèves, parfois de quelques mois ou se résumant à quelques consultations.

La majorité du temps, le choix du médecin traitant était actif. Les cas où le choix du médecin traitant était passif concernaient une reprise de patientèle ou lorsque le médecin adressait le patient à un autre confrère. Dans les autres situations, le choix de la relation n'a pas clairement été énoncé.

La totalité des verbatims est disponible sur CD-ROM (annexe 4).

3. Analyse thématique

L'analyse des entretiens a permis de mettre en évidence six différents thèmes :

- Les aspects de la relation avant la rupture.
- Les facteurs précipitant la rupture.
- Le vécu de la rupture
- L'auto-critique de la rupture.
- L'idée d'une relation médecin-patient de qualité.
- L'expérience générale de la rupture.

Ces différents thèmes seront développés et illustrés par les propos rapportés des médecins interrogés. L'entretien s'y référant sera désigné par la lettre E suivie de sa lettre alphabétique correspondante. La citation sera précédée par la lettre L et du numéro de la ligne de l'entretien.

3.1. Les aspects de la relation avant la rupture

3.1.1. Une relation « non installée »

Les médecins N et G décrivent une relation qui ne leur convenait pas, dans laquelle le lien avec le patient ne se faisait pas. Ils expriment un malaise :

EN L63 *Alors ma relation avec elle est une relation assez simple. Moi en tout cas personnellement, j'étais pas très à l'aise. Patiente qui ne me mettait pas très à l'aise. [...] Mais avec cette patiente j'arrivais jamais vraiment à instaurer, ce que j'appellerais, un vrai climat de qualité relationnelle. J'y arrivais pas, j'avais du mal.*

EG L277 *Comme la relation depuis 8 mois a jamais été vraiment, dans le sens où moi je l'aimais pas cette relation là. Je pense que ça favorise pas effectivement l'acceptation.*

Parfois la relation n'était pas installée dans le temps, elle n'était pas investie par les médecins. C'est ce que racontent notamment les jeunes médecins A, J, P et Q :

EA L25 *Je l'avais peut-être vu 3 fois pour des renouvellements. Et finalement il n'y avait pas une vraie relation...*

EJ L3 *Donc il s'agit d'un patient, [...] qui est venu me voir en consultation on va dire pour dépanner.*

Ils expriment la notion de l'absence d'alliance :

EA L45 *[...] en fait on n'avait pas encore créé le lien.*

EP L26 *Moi j'étais remplaçant à ce moment là. Donc il y avait pas d'alliance à proprement parlé.*

EQ L35 *Mais en tout cas il n'y a pas le lien qui s'est fait pour son problème d'obésité et de trouble alimentaire.*

3.1.2. Une relation difficile

3.1.2.1. Désaccords

Les désaccords entre médecins et patients concernaient principalement la décision médicale (F, G et N) :

EF L34 [...] je voulais pas faire hospitaliser sa femme. On n'était pas en accord thérapeutique voilà.[...] Peut-être qu'il avait une souffrance ce monsieur là mais il arrivait pas à m'en parler et il n'était pas dans l'acceptation de ce que je lui proposais.

EF L52 On n'était jamais en accord thérapeutique. [...] Mais dès qu'elle venait, je lui proposais quelque chose, ça allait jamais.

EG L20 Elle a ses idées, ses avis et que c'est un peu difficile de... c'est toujours : « On peut faire autrement que ce que vous me proposez docteur. » Mais on trouve, on gère. Bref on gère. Elle veut pas trop de médicament, elle veut pas aller consulter mais bon. Je passe beaucoup plus de temps avec elle justement parce qu'elle veut pas aller autre part et que je peux pas gérer tout seul.

EN L15 Et très vite j'ai ressenti quand même que dans ses différentes plaintes douloureuses et dans ses plaintes en général, je voyais une patiente qui commençait à avoir une souffrance psychique évidente. Ce qu'elle ne voulait absolument pas entendre. C'était clair, elle voulait pas entendre parler de ça.

Le médecin J, jeune médecin, explique même une certaine remise en question de ses compétences de la part du patient :

EJ L42 C'est le fait d'être jugé, d'être un peu incompris, d'avoir l'impression de toujours se justifier sur chaque soin. L65 Ben on l'a senti tout de suite, patient sûr de lui, qui veut pas recevoir de leçon d'un petit jeune.

3.1.2.2. Autorité du patient face au médecin

Certains patients étaient décrits comme directifs et exigeants, qui imposaient parfois au médecin leur propre décision. Les médecins F, I, J, et P expriment :

- La rivalité (F)

EF L12 La première chose qu'il m'a dit, il m'a dit : « Je suis enseignant et j'ai des notions de... » Il m'avait dit, je me rappelle encore du terme. « J'ai des notions de (pause) scientifiques ! J'ai des notions scientifiques. » La première fois. Donc je lui ai dit gentiment qu'il avait peut-être des notions scientifiques mais que c'était moi le médecin ici.

- La revendication de l'autonomie (I et J)

EI L65 Et alors c'est vrai que c'est une patiente plutôt comment dire... avec une certaine exigence effectivement dans les prescriptions, qui dirige plutôt la consultation. C'est plutôt elle qui va diriger

les consultations et pas le médecin. C'est à dire « Là je voudrais avoir cet examen là, cette prise de sang là, je veux pas avoir ce médicament là, ce médicament là me réussira pas. » Enfin bon donc quelqu'un qui est déjà un petit peu... une certaine autorité face au médecin. Donc c'est des gens assez difficiles à soigner.

EJ L9 Déjà il était assez directif. Il se connaissait très bien donc ce qui est normal à 60-70 ans en générale on connaît bien sa santé. Donc il fallait faire ça ça ça. L70 Mais là c'était... ça devenait tout de suite de la défiance. Donc un patient sûr de lui à priori, défiant.

- Le fait d'être vu uniquement comme un prestataire de service (P)

EP L14 Et elle m'a dit : « Mais je ne viens pas pour avoir votre avis, je viens pour avoir une prescription. Je viens pour avoir ce que je veux en fait. » L31 Oui donc c'est une patiente qui voulait une consultation rapide, qui voulait pas d'explication ni de justification, ni de son côté, ni du mien, et qui n'était pas là pour avoir un avis mais pour avoir je te dis, un service en fait.

3.1.2.3. Relation envahissante

Les médecins B, D, E, F, I, L et S décrivent des situations envahissantes qui souvent concernent un patient ayant un profil psychologique particulier :

- Dépendant (B et D)

EB L73 [...] et à un moment donné un envahissement pluriquotidien au téléphone, des demandes énormes.

ED L87 Il y avait une relation certainement un petit peu quand même de dépendance de sa part pour plein de chose. Pour plein de chose parce que c'est vrai que je... Alors je le rassurais à chaque instant.

- Avide d'écoute (F, I et S)

EF L62 Et elle débordait sur le renouvellement de traitement pour un travail de psychothérapie donc je l'écoutais tout ça. Et il avait des fois où pareil elle me mettait en difficulté et 1 ou 2 fois j'ai dû pas vouloir la prendre assez rapidement.

ES L99 Je la voyais toutes les semaines, toutes les semaines, toutes les semaines. Elle était bon... Elle se plaignait de tout, de son mari, de sa famille, de sa belle-famille, de son travail. J'écoutais.

- Manipulateur, avec la prise du pouvoir dans la relation (E et L)

EE L136 *Mais peut-être sur une personnalité qui avait besoin... Qui était manipulatrice, qui avait toujours besoin qu'on s'occupe d'elle et qui ne supportait pas les contrariétés ou qui ne supportait pas les frustrations.*

EL L60 *De toute façon d'emblée c'était pervers. D'emblée c'était une situation qui était avec un jeu de manipulation. [...] C'était pathologique quoi, c'est à dire que : « Mais vous ne m'aimez pas ? » Il y avait un jeu de... « Vous êtes fâchée contre moi ? » L67 *Donc dans l'aide et dans le soin, je me suis laissée envahir par cette personnalité.**

Entraînant une relation toxique, douloureuse et de mise en échec pour le médecin L :

EL L12 *Avec une relation qui était une relation de manipulation et de mise en échec continuelle. C'est à dire que je donnais des conseils et finalement il y avait sans arrêt... C'était forcément pas possible lors de la visite suivante. L25 *Pour moi c'était devenu extrêmement douloureux parce que à chaque fois j'y pensais 2 à 3 jours avant la visite. L80 *Oui, oui ça a été une souffrance. Une souffrance physique, avec une appréhension d'aller la voir.***

3.1.2.4. Tierce personne

Parfois, la relation était difficile du fait de la présence intrusive de tierces personnes dans une relation avec une personne âgée dépendante. Cela pouvait concerner :

- La femme du patient (C)

EC L26 *Une très bonne relation avec lui, il comprend bien les choses. Et très tendue avec elle. Enfin plus tendue, pas très tendue mais plus tendue. [...] Elle gérait les choses.*

- Les enfants du patient (H)

EH L86 *Moi j'aime bien n'avoir qu'un interlocuteur et pas 10 interlocuteurs quoi. Plusieurs interlocuteurs, quand il y a plusieurs enfants... Quand je dis enfants, c'est des adultes hein, des enfants de 50 ans hein, qui se tirent dans les pattes et pensent des avis différents. Pour cette dame en question j'avais des appels de différents enfants qui ne communiquaient pas entre eux.*

3.1.3. Une relation sans neutralité

3.1.3.1. Implication émotionnelle

Les médecins B, H et S expliquent un certain attachement pour leur patient pour diverses raisons :

- Patient associé à un moment émotionnel fort (B)

EB L5 *Une des choses qui m'avait frappé en fait, ce patient était présent dans mon cabinet le jour où un collègue m'a annoncé le cancer de ma femme au téléphone.*

Avec une qualité de confiance perçue par le médecin.

EB L34 *C'est en ça, je vous disais, que j'avais quand même une relation assez... assez... profonde. Je veux dire il m'avait confié des choses très personnelles.*

- Partage de la fin de vie du conjoint (H)

EH L95 *Je commence alors à la connaître à 70 ans... en 25 ans d'exercice. Je connais son mari, j'accompagne son mari, son mari meurt, je suis là. Donc j'ai toute une histoire, une petite histoire avec elle. Donc cette relation elle se construit.*

- Compassion liée à la gravité de la maladie de la patiente (S)

ES L31 *Ben moi j'étais assez, comment dire, compassionnel peut-être. Assez, comment dire... Je sais pas comment décrire ce geste (mime), un peu entourant, un peu englobant pour lui dire qu'il fallait qu'elle avance.*

3.1.3.2. Méfiance dans l'intention de séduction

Le médecin E met en avant une relation excessive de la part de la patiente, avec une attitude de l'ordre de la séduction :

EE L113 *Elle disait toujours que j'étais un très bon médecin que j'étais toujours très... Que je m'occupais bien d'elle. Elle en remettait en petit peu trop. Avec son mari ils me faisaient des petits cadeaux. Des fois ils m'amenaient une petite bouteille ou des choses comme ça. Je trouvais ça bizarre parce que c'est assez rare. Je trouvais pas ça très sain. [...] Voyez une relation très... Une relation un peu excessive.*

Le médecin I raconte le cas d'une patiente qui est partie alors qu'elle lui avait offert des chocolats à Noël et qu'elle l'avait invité au mariage de sa fille. Elle exprime alors cette méfiance de manière générale :

EI L203 *Quand ils vont trop aussi vers le médecin moi je me méfie beaucoup parce que les gens qui m'offrent des choses en général ça dure jamais (rires). En fait je pense qu'il y a un espoir derrière je sais pas. Ils attendent quelque chose, ils se projettent trop sur le médecin et forcément ils sont déçus à un moment donné puisqu'on n'est pas... Je sais pas on n'est pas leur ami, on n'est pas leur conjoint, on n'est pas... À un moment donné ils peuvent être déçus de ça.*

3.1.4. Les préjugés négatifs

3.1.4.1. Aléas médical

Le médecin A et B parlent d'une erreur de diagnostic antérieure à la rupture :

EA L12 *Enfin je l'ai revu plusieurs fois, il me disait tout le temps qu'il m'en voulait.*

EB L45 *Il m'avait fait quelques reproches un peu voilés sur le fait que j'avais temporisé sur cette lésion cutanée qui s'était avérée être un carcinome.*

3.1.4.2. Non-dits

Le médecin C raconte le cas d'un patient âgé au pronostic sombre et dont la relation était émaillée de non-dits :

EC L39 *C'est vrai que c'était très difficile de leur mettre ça de but en blanc, de leur exposer ça. Je pense que le problème était dû à ça aussi. C'est qu'on ne dise pas les choses ou quand on les dit c'est tout juste mal pris donc on change de médecin.*

3.1.4.3. Patient infidèle ?

Les médecins B, C, F, I, J et N évoquent une représentation de patients nomades et infidèles à leur médecin :

EB L70 *« J'avais récupéré, entre guillemets, une patiente qui s'était fâchée avec son médecin. »*

EC L19 *Initialement elle a changé de médecin pour la même raison il y a quelques années puisque soit disant, son ancien médecin était passé à côté. [...] Elle a insisté pour que son mari change de médecin. En fait c'est le même cas de figure qu'aujourd'hui.*

EF L7 *« Je voudrais que vous me preniez avec ma femme. On s'est fâché avec notre ancien médecin. Voilà et je souhaite changer de médecin. »*

EI L290 *Ce couple avait déjà changé de médecin. Je pense que voilà peut-être tous les 5 à 10 ans, ils changent régulièrement de médecin.*

EJ L6 *Je suis le seul à prendre des nouveaux patients donc il est venu me voir 1 fois en consultation. Il est revenu, il allait voir d'autres médecins mais à chaque fois c'était soi-disant pour dépanner.*

EN L52 *Je me souviens plus très bien pourquoi elle m'a choisi comme médecin traitant il y a quelques années de cela. Je sais même plus. Parce qu'elle avait déjà changé je pense de médecin. J'étais pas le premier.*

3.1.5. Une relation « sans histoire »

Le médecin B décrit une relation de bonne qualité et de partage d'expériences :

EB L15 *Bon il me semblait qu'on avait eu une relation de relativement bonne qualité surtout qu'on avait partagé des choses.*

Les médecins E, K et O décrivent quant à eux une relation simple et sans anicroche :

EE L13 *Et puis finalement la relation semblait bien se dérouler. Je voyais les enfants pour des pathologies classiques surtout allergiques. Et puis la maman je la suivais aussi. J'avais le sentiment d'être le oui le... Ça se passait bien au niveau de l'accompagnement de cette famille. [...] Donc il revient me voir régulièrement. La relation semblait excellente.*

EK L264 *Donc c'est quelqu'un avec lequel je n'avais aucun souci et pas de souci d'ordre strictement médical et professionnel non plus. Il avait pas de grosse pathologie, il se considérait comme étant bien pris en charge. C'était un patient qui, je pense, je suis quasiment sûr, suivait bien les traitements et les consignes qu'on lui donnait.*

EO L12 *Oui pourtant ça se passait très bien avec elle. Enfin avec elle lorsque je m'occupais de lui. Je m'occupais à la fois de la patiente, bon qui avait pas trop de souci de santé, à part des allergies.*

Avec une sympathie pour l'autre partagée :

EK L14 *Donc c'était un patient que moi je trouvais plutôt sympathique même. Je crois que c'était un peu réciproque.*

3.1.6. Résumé et analyse conceptuelle

Bien que la rupture puisse se produire lorsque la relation avec le patient est simple, de bonne qualité et sans histoire, elle semble souvent survenir sur un terrain fragilisé.

► Sur une relation qui n'était pas installée dans le temps (ce qui concerne notamment les jeunes médecins), avec le risque d'un manque d'investissement de la part du médecin et d'une alliance avec le patient qui ne se fait pas. Ou bien parce que le médecin n'était pas à l'aise dans sa relation avec le patient.

► Sur une relation souvent émaillée de désaccords, d'incompréhensions et de rivalité avec des patients difficiles, exigeants, envahissants parfois même autoritaires, ou ayant un profil psychologique particulier ; ou parfois avec un entourage familial intrusif et décisionnaire lorsqu'il s'agit d'un patient âgé et dépendant.

► Sur une relation sans neutralité. Il peut s'agir d'un attachement et d'une implication émotionnelle du médecin pour le patient ou à l'inverse de la méfiance du médecin face à des attitudes de séduction.

► Parfois les médecins établissent des préjugés négatifs sur l'évolution de la relation du fait d'une culpabilité latente en lien avec une erreur de diagnostic ou des non-dits, ou de la représentation des patients perçus comme infidèles.

Nous pouvons supposer que les différentes situations décrites fragilisent la confiance et l'alliance entre le médecin et le patient, altèrent l'investissement du médecin dans la relation et rendent plus vulnérables ces relations à la rupture.

3.2. Les facteurs précipitant la rupture

3.2.1. Le conflit

3.2.1.1. Reproche

Souvent la rupture survenait dans les suites d'une relation conflictuelle avec le patient. Celui-ci aurait fait des reproches au médecin :

- Sur un manque de disponibilité et d'organisation (F, G, I et J)

EF L29 *« C'est pas contre vous mais c'est parce que vous n'avez pas de secrétariat et ça me convient pas. » Ce qui était pour moi un motif... enfin ça tenait pas la route quoi.*

EG L43 *Et puis bien elle me rentre dans le lard en direct en me disant que j'ai pas été correct, que je l'ai très mal reçue. En fait bref, je prends en quarante secondes un scud en pleine figure. Comme quoi c'est anormal qu'un médecin se comporte comme ça, que je dois répondre à son problème quand elle en a un, qu'elle avait une allergie sur les deux avant-bras et que c'était anormal qu'une femme dépressive qui fait une allergie le samedi midi ne trouve pas un médecin tout de suite.*

EI L24 *Et je lui dis : « Est-ce que c'est à cause du rendez-vous que je ne vous ai pas pris? » Et elle m'a dit oui. Elle m'a dit : « Je ne peux pas attendre, ce n'est pas possible. » Et elle a pris son dossier, elle est partie.*

EJ L20 *Et c'est à la fin de cette deuxième consultation, il m'a fait la remarque : « Je sais pas comment vous vous débrouillez dans ce cabinet là – parce qu'il était allé voir un autre médecin du cabinet – mais vous prenez jamais la tension et vous êtes toujours en retard. »*

- Sur une prise en charge médicale (B, E et Q)

EB L91 (hospitalisation sous contrainte de la patiente) *Bon elle est ressortie le lendemain un truc comme ça et là elle a appelé très en colère en disant : « Vous ne vous rendez pas compte de ce que vous m'avez fait! Puisque c'est comme ça je vais changer de médecin ! »*

EE L60 *Il me dit : « Oui voilà je voulais vous voir parce qu'on m'a dit que tout ce qui m'était arrivé c'était à cause de la codéine que vous m'aviez prescrite et cetera. Quand j'ai fait mon histoire. Alors vous savez la codéine c'est marqué que ça peut donner des constipations, des occlusions et cetera. Je pense que c'est à cause de ça que j'ai fait tout mes problèmes. »*

EQ L19 *Et du coup là elle s'est mise à pleurer, à fondre en larmes, à dire que c'était complètement*

inconscient, démesuré et voilà.

Ou des reproches de la part de l'entourage du patient : (C et H)

EC L7 *Et sa femme est arrivée très remontée contre moi puisque je n'ai pas pris en charge, dit-elle, son mari. L62 « Mais comment ça ce fait que c'est pas vous qui avez hospitalisé ? »*

EH L24 *Donc la famille à dû estimer que je m'étais mal occupé d'elle après 25 ans de bons soins que j'imagine. Et voilà donc c'est parti à un autre médecin.*

- Sur une erreur médicale perçue (A)

EA L36 *Il m'a dit : « Ben dis donc finalement vous m'avez fait courir la ville pour un truc que j'avais pas ! »*

- Sur une orientation (K)

EK L38 *Et en fait après c'était comme s'il me reprochait un petit peu le fait qu'il trouvait que ça s'était mal passé. (en parlant d'un examen complémentaire réalisé à l'hôpital)*

3.2.1.2. Agressivité

Les médecins ont pu se sentir agressés par les patients :

- Agressivité Verbale (K, P et S)

EK L50 *Et après ça commençait à mal se passer parce qu'il a tenu des propos de plus en plus agressifs vis-à-vis de là-bas, de sa prise en charge. Et un petit peu vis-à-vis de moi, j'aurais dû lui dire qu'il fallait mieux qu'il aille ailleurs.*

EP L22 *Elle m'a dit : « Vous êtes complètement con ! » Et elle est partie. Elle est partie en furie du cabinet.*

Avec des propos vécus comme insultants :

ES L10 *Et un jour elle est venue me voir parce que bon son psychologue lui avait dit qu'il fallait qu'elle arrête de venir me voir parce que j'étais son gourou.*

De la part de l'entourage du patient : (C)

EC L10 *Et donc du coup il y a des menaces de tout... L13 Et elle nous a traité d'incompétents de...*

- Écrite dans une lettre (G)

EG L156 *Dans son courrier c'est : « Vous êtes mauvais parce que voilà je vous ai appelé, je vous ai demandé, vous n'étiez pas là. Vous n'avez pas répondu à mon appel. »*

- Physique (T)

ET L31 *Et je me souviens d'avoir été, on va dire convoqué par son mari, à domicile, qui avait dû m'accuser de n'être pas intervenu dans la rue. Je sais même plus si j'en avais eu vent hein de ce qui s'était passé. Et qui m'avait donné une gifle après m'avoir convoqué.*

Le médecin K raconte la menace d'une agression physique :

EK L7 *Il partait pas, il bloquait la porte, je pouvais pas... Il était un peu remonté. Moi j'étais pas plus rassuré que ça, lui apparemment pas vraiment non plus d'ailleurs. Il y a eu une tension très très forte. L170 Donc en fait après, il y a pas eu d'agression physique mais on n'aurait senti quand même que... Je sais pas à un moment je me suis dis il va se lever, il va me coller une baffé.*

3.2.1.3. Refus du médecin de céder à une exigence

Les médecins B, D et F ont refusé une demande de rendez-vous exigée rapide :

EB L16 *Et puis il y a 2 mois de ça, il m'a appelé, et ce jour là je ne pouvais pas le recevoir le jour même. Mais c'était... Je me rappelle plus exactement enfin c'était une pathologie genre infectieuse saisonnière ou quelque chose comme ça. Bon. Je lui ai proposé un rendez-vous pour le lendemain. Il est pas venu le lendemain et quelques jours plus tard il a demandé le transfert de son dossier à un autre médecin.*

ED L22 *[...] je reconnais immédiatement le patient que j'avais déjà vu pour un problème infectieux bénin 3 fois dans la semaine ! On était le vendredi donc ça aurait fait 4 si j'avais accepté. Il était 19 heures passées, ben je dis : « Écoutez je suis désolée monsieur untel, je ne peux pas vous recevoir. Débrouillez vous autrement mais là je pars voir une personne âgée en visite. J'y vais ! Au revoir. »*

EF L66 *Donc elle m'envahissait aussi et donc je pense qu'à un moment donné j'ai dit à la secrétaire : « Ben non quoi c'est pas urgent, je la prendrai la semaine prochaine. » Et elle m'a dit : « Je veux mon dossier. »*

Les médecins E et I ont refusé de rendre un service :

- Déplacé (E)

EE L132 *Et puis donc Anne (la secrétaire) a refusé bien sûr d'aller la chercher. Elle lui a dit : « Il faut trouver une autre solution ». Et puis 2 jours après, cette dame a rappelé en demandant à ce que j'emmène son dossier chez un confrère.*

- Impérieux (I)

EI L15 *Et puis elle a appelé en disant : « Non il faudrait que se soit le médecin traitant qui appelle parce que mon rendez-vous je l'ai pas tout de suite, c'est pas possible. » Et je n'ai pas pu effectivement obtenir de rendez-vous enfin en tout cas j'ai pas fait la démarche dans l'immédiat.*

Le médecin P a refusé de faire une prescription exigée par la patiente :

EP L8 *Rapidement je me suis dit que ça allait être probablement une situation délicate parce qu'il allait falloir expliquer pourquoi je lui en donnerais pas et que son motif de consultation n'était pas du tout un avis médical mais une prescription. Du coup bon, ça partait pas gagné quoi.*

3.2.1.4. Reproches réciproques

Parfois le conflit était bilatéral, c'est ce qu'expliquent les médecins G et K :

EG L287 *Donc c'est bien la preuve que à un moment donné il y a une accumulation je pense entre nous de choses qui font que (onomatopée) un tout petit truc a fait que ça a cassé pour elle, [...] Et puis moi j'ai pas eu envie ou était capable de... De dire : « Ben j'éponge cette fois ci. » Parce qu'elle me demandait tout et j'avais pas envie de tout lui donner. [...] Donc il y a un moment donné voilà... Ça explose parce que personne ne bouge sur ses positions. Ni moi, ni elle.*

EK L202 *Et après en fait c'est devenu une sorte de duel. Après ça devenait un petit peu " J'ai raison, il a tort". L207 Alors après bon il est parti et j'ai eu le droit un peu à tout : « Moi de toute façon, depuis le temps que ci, on m'avait bien dit que vous étiez comme ci. » Et j'ai eu plein de reproches. [...] Et puis moi j'ai fini par lui dire : « Vous savez vous aussi (onomatopée) avec vos histoires... »*

Le médecin K raconte qu'il a pris part au conflit avec le patient suite à une divergence d'opinion autre que médicale :

EK L99 *Il voulait que je prenne parti, moi il était pas question que je prenne parti. J'ai fini par lui*

dire que les propos qu'il tenait me déplaisaient, qu'il fallait en rester là et que c'était pas une tribune politique ici.[...] Parce que à priori, enfin moi je pensais, tout le monde sais que c'est pas du tout mes opinions à moi ça, ce genre de discours. Qu'il soit à la fois xénophobe, raciste...

Certains médecins reconnaissent avoir eu des réactions:

- D'impulsivité (B et K)

EB L57 *J'étais en consultation donc j'ai peut-être été abrupt en disant : « Non pas aujourd'hui ! » Et c'est probablement ça qu'il a mal pris.*

EK L54 *J'ai dit un peu sèchement « Oui bon écoutez c'est pas grave, la prochaine fois on y pensera. » Et puis j'avais l'air de dire que la consultation était terminée.*

- De colère (G et J)

EG L33 *Je dis : « Attendez il est midi moins le quart, le médecin il est pas à votre disposition. On n'est pas aux urgences à Nantes. Il faut comprendre, on débarque pas à midi moins le quart comme ça sans rendez-vous, sans rien, sans téléphoner même ! » J'avais du monde en salle d'attente, j'étais même en retard à ce moment là.*

EJ L136 *Donc voilà j'aurais pu encaisser en fait les remarques et bon ce jour là voilà j'ai décidé d'être franc, d'être désagréable mais sur le moment voilà c'était une décision assez... pas vraiment spontanée non parce qu'elle était réfléchie puisque je savais que je m'étais dit, si je le revois, je suis pas sûr que ça continue quoi.*

- De provocation (P)

EP L15 *Et j'ai été un peu provocatif, je lui ai dit : « Bon d'accord qu'est-ce que vous voulez ? » Elle dit : « Et bien déjà je veux continuer à fumer. » Et donc sur l'ordonnance j'ai écrit « continuer à fumer ». Et j'ai dit : « Vous voulez quoi d'autre ? » Et elle me dit : « Je veux un sirop contre la toux. » Donc j'ai écrit « un sirop contre la toux. »*

3.2.2. La fuite du patient

3.2.2.1. Pour ne pas voir la vérité en face ?

Le médecin N propose une prise en charge à la patiente, mais celle-ci ne viendra pas

au rendez-vous :

EN L33 *Je lui ai dit : « Écoutez venez ce soir. Je crois qu'il faut qu'on parle d'arrêt de travail et éventuellement de mise en route d'un traitement pour vous aider, d'un traitement antidépresseur. Mais ça, ça nécessite une consultation. » Et en fait elle ne s'est pas présentée au rendez-vous et elle a changé de médecin.*

3.2.2.2. Devant une situation gênante ?

Le médecin T raconte le cas d'un patient qui pouvait être impliqué dans un certificat de coup et blessure :

ET L19 [...] *et qui était venue me voir pour un certificat de coups et blessures dans lequel son mari pouvait être impliqué. Et j'ai le souvenir de ne plus avoir vu son mari, dont j'étais aussi le médecin traitant, dans les suites.*

3.2.2.3. Suite à une situation douloureuse

Le médecin O décrit le départ d'une patiente suite au décès de son mari :

EO L6 *Et lorsqu'il est décédé, sa femme, elle est partie. Et ça je crois que c'est la première rupture et je m'en souviens encore. Alors je me suis dis... Je pense qu'elle voulait faire une coupure.*
L14 *C'est comme si moi, c'était la maladie de son mari et puis après on veut passer à autre chose.*

3.2.2.4. Départ non assumé

Lorsque la rupture était souhaitée par le patient, les médecins soulignent que le patient demandait son dossier médical parfois de manière indirecte et fuyante :

- Soit à la secrétaire (B)

EB L66 *Il a simplement demandé son dossier à la secrétaire en appelant justement spécialement à un moment où la secrétaire était là et où il ne m'aurait pas en direct pour demander le transfert de son dossier.*

- Soit demandé par le conjoint (E et G)

EE L51 *Il fait téléphoner sa femme qui appelle ici, qui appelle la secrétaire et qui demande le*

dossier.

EG L79 *Et je lui dis que le dossier, ça ne peut se donner que à la personne en main propre et que je ne peux pas lui donner à lui, même s'il est le mari. Et donc il faut qu'elle vienne chercher le dossier. [...] Je lui ai fait signer un papier comme quoi il reconnaissait bien prendre le dossier de sa femme contre la loi parce que de toute façon, elle ne viendrait pas le chercher et que le nouveau médecin en avait besoin pour la prendre en charge.*

- Soit pas du tout (N)

EN L101 *Elle, elle m'a même pas prévenu, elle m'a même pas demandé son dossier.*

3.2.3. Initier la rupture

3.2.3.1. Pour mettre un terme au conflit

Les médecins C et K racontent avoir initié la rupture suite à un conflit virulent. Dans ces deux cas la rupture était suggérée :

EC L54 *C'est probablement elle qui l'a initiée dans ses propos et c'est moi qui lui ai dit : « Écoutez si vous pensez que ça va si mal que ça, changez de médecin. » Verbalement c'est peut-être moi qui l'ai initiée en lui recommandant de changer de médecin.*

EK L133 *Par moments il s'énervait du coup moi je m'énervais un petit peu aussi. Je disais « Bon maintenant ça suffit. Peut-être que le mieux c'est qu'on arrête là. Le mieux c'est peut-être que vous trouviez un autre médecin. » Moi j'en suis arrivé là.*

3.2.3.2. Pour mettre fin à une tension grandissante

Le médecin D explique avoir initié la rupture en refusant une demande du patient pour mettre fin à une situation envahissante et stressante :

ED L82 *[...] je me suis dit si je fais ça, là je vais complètement avaler et je ne pourrais plus dire non. Donc là c'est moi qui ai dit non à cette dernière demande mais ça été radical puisque les jours suivants, je ne l'ai pas revu. L110 Et là cette demande je l'ai refusée dans le but de ne pas me laisser déborder et donc du coup d'aboutir à un soulagement et non pas une persistance de la montée en pression.*

Et de manière indirecte par le secrétariat :

ED L40 (En parlant de la secrétaire) *Je lui explique ce qui s'était passé la veille au soir. Je dis : « Je suis désolée mais vu comment il s'est comporté, il est hors de question que je le reçoive. »*

Le médecin L dit avoir voulu mettre un terme à une situation ingérable et douloureuse, de manière indirecte par écrit :

EL L31 *Et jusqu'au jour où j'ai préparé son dossier, j'ai préparé un courrier d'hospitalisation, j'ai tout déposé dans sa boîte aux lettres. C'était du « sauve qui peut ». C'est à dire que moi j'étais en souffrance, vraiment en souffrance.*

3.2.3.3. Pour mettre fin à une mauvaise qualité relationnelle

Les médecins J et S ont estimé que le patient n'avait pas ou plus confiance en eux.

Celui-ci faisait resurgir en eux des sentiments négatifs. Ils ont imposé la rupture.

EJ L33 *Je lui dis : « Écoutez normalement la relation de médecin traitant à patient c'est une relation de confiance. Vous ne voulez pas avoir confiance donc moi j'accepte pas de vous prendre comme nouveau patient. »*

ES L13 *Et donc là moi je lui ai dit : « Écoutez si je suis votre gourou, on arrête. »*

3.2.3.4. Pour un motif déontologique

Le médecin S raconte les cas de deux patientes qui sont tombées amoureuses de lui, il a imposé l'arrêt de la relation à chaque fois :

ES L102 *Et donc un jour elle m'a dit : « Écoutez, je voudrais sortir avec vous. » Donc j'ai dit : « Écoutez non, la relation est terminée. »*

La deuxième fois de manière indirecte, par écrit :

ES L125 *... et notre déontologie prévoit avec sagesse qu'un médecin ne doit pas continuer de suivre une patiente chez qui il décèle de tels sentiments ou qui les lui révèle. Ne voyez donc dans ma décision ni jugement ni volonté d'être désagréable mais la simple application d'une règle professionnelle.*

3.2.4. Résumé et analyse conceptuelle

Très souvent un événement indésirable semble précipiter la rupture.

- ▶ Des reproches ou une agressivité du patient vont entraîner la relation vers le conflit.
- ▶ Le refus du médecin de céder à une exigence du patient quelle soit médicale ou organisationnelle peut rendre le patient insatisfait et frustré.
- ▶ Devant une situation conflictuelle, le médecin ne semble pas toujours temporiser et peut prendre part au conflit. La rupture devient alors la seule issue.
- ▶ Dans certains cas, le patient fuit la relation sans exprimer le motif d'insatisfaction. Bien que non-dit, il semble pourtant transparent. Il s'agirait d'un désaccord avec la décision médicale, d'une situation gênante ou douloureuse.
- ▶ Le médecin quant à lui, semble initier la rupture devant une situation irrémédiable comme un conflit virulent, une situation stressante et épuisante, une mauvaise qualité relationnelle ou pour un motif déontologique. Dans ce cas, la rupture est le plus souvent orale, parfois écrite. Elle est suggérée ou imposée.

Nous pouvons supposer que la rupture intervient quand la relation a basculé et que l'une ou l'autre des parties n'est pas en mesure de négocier. Elle peut être initiée par le patient ou le médecin.

3.3. Le vécu de la rupture

3.3.1. La désillusion

3.3.1.1. Incompréhension

Les médecins A, B, E, I, K, et O expriment leur étonnement et leur interrogation face à une rupture inattendue :

EB L48 *C'est la surprise. Autant il y a des patients que j'aimerais voir partir, autant il y a des gens avec qui j'ai une relation qui moi ne me satisfait pas mais qui perdure, autant si on m'avait dit ben un de tes patients va te quitter demain, c'est absolument pas lui qui me serait venu en tête au premier abord.*

EE L52 *Donc moi j'étais très très surpris parce que c'est quelqu'un que j'avais bien accompagné et vu régulièrement. Et donc je suis embêté. Je me suis dit « qu'est-ce qui s'est passé ? »*

EI L29 *Je dirais c'est presque plus des patients avec lesquels on a créé un lien, en tout cas en ce qui me concerne, un lien de confiance assez... enfin assez solide. On se dit : « Mais ces gens là ils ne nous quitteront jamais. » Et en fait on est très surpris. C'est toujours la surprise quoi.*

EK L234 *Et en fait j'ai toujours pas compris comment on en était arrivé là ? [...] Et ce que je comprends pas c'est que c'était un patient que je connaissais depuis au moins 15 ans, j'avais jamais eu de problème avec lui.*

EO L19 *Ça vraiment même encore avec le recul, c'est pas que ça me fasse mal mais... Je me suis interrogée.*

À l'inverse, pour le médecin N, il n'y a pas de surprise :

EN L105 *Dans le cadre de cette patiente j'étais pas du tout étonné. Ça ne faisait même que confirmer ce que j'avais ressenti au cours des deux dernières consultations, puisqu'elle n'est même pas venue à mon rendez-vous que je lui avais proposé.*

3.3.1.2. Non reconnaissance

Très souvent les médecins sont blessés par le fait que le patient ne manifeste aucune gratitude :

- Sentiment d'avoir fait ce qu'il fallait et de s'être investi dans la relation (A, B, E, F, I et O)

EA L48 *J'étais un peu vexée parce que j'avais passé beaucoup de temps en fait. J'avais l'impression de m'être démenée pour cette prise en charge.*

EB L23 *Mais enfin quand même, quand même parce que je pensais avoir accompagné ce patient. Il a eu des moments de dépression... Enfin je pensais l'avoir soutenu suffisamment et je pensais qu'il m'en était reconnaissant.*

EE L170 *Il me semblait que je répondais bien à toutes ses demandes.*

EF L65 *Et là je me suis sentie un peu frustrée parce que j'avais beaucoup accordé de temps à cette dame là.*

EI L22 *Mais là ça m'avait un peu interpellé parce que c'est une dame que je connaissais bien, avec laquelle je discutais beaucoup, que j'écoutais beaucoup parce qu'elle était pas mal en souffrance.*

EO L17 *Parce que je m'étais quand même beaucoup investie. Je m'étais... Vraiment je pense que c'était un des patients... Il est décédé à domicile donc... Où vraiment je m'étais investie. À y aller en visite, à y aller le soir. [...] J'avais l'impression que ça se passait bien quoi.*

Avec un départ jugé exagéré et disproportionné par le médecin I :

EI L85 *Donc après alors c'était le motif, donc c'était disproportionné, et puis tout ce que moi j'avais pu mettre comme énergie derrière auparavant dans toutes ces consultations au niveau relationnel quoi.*

- Sentiment de trahison (A, E, F et S)

EA L12 *Et puis quand je suis partie en congé maternité, quand je suis revenue, il était parti avec mon associé sans me prévenir.*

EE L77 *Donc moi je lui ai dit que je trouvais que c'était un petit peu curieux qu'il décide de changer de médecin 6 mois après alors que je l'avais accompagné tout au long de cette... Oui et puis bon voilà.*

EF L140 *Ben c'est le fait que j'ai passé beaucoup de temps avec elle et parce que j'avais pas voulu la recevoir rapidement, elle me tournait le dos.*

ES L68 *De ce point de vue là je trouvais que c'était un peu de l'abandon quoi. J'aime pas. Enfin pas de l'abandon mais... Donc ça me fait toujours mal, de voir quelqu'un en salle d'attente, que j'ai bien suivi depuis plusieurs années, et de le voir pour aller voir ma collègue.*

- Sentiment d'injustice (B, E, H, K et T)

EB L52 [...] un sentiment d'injustice oui, par rapport à ce départ.

EE L79 Et puis je trouvais que c'était aussi un jugement un peu violent. [...] J'ai trouvé à la fois cette histoire un peu injuste.

EH L154 Donc je repasse le soir à 20h30 hein et je fais encore mon métier de médecin dévoué jusqu'au trognon et après on m'en fait le reproche.

EK L495 Des fois vous avez un vrai sentiment d'injustice. Quelqu'un dont vous vous êtes toujours beaucoup bien occupé, vous avez fait de gros efforts, des fois pour toute la famille.

ET L56 Mais sans doute un sentiment d'injustice, [...]

3.3.1.3. Déception

De manière plus atténuée, certains médecins expriment une amertume :

- Quant à la tournure des événements (K, I et Q)

EK L270 Et donc c'est une déception hein ! C'est une déception et puis je me suis dit que quelque part, comment ça se fait que ça s'est produit ?

EI L32 Et voilà donc c'est toujours sur le moment un petit peu... On va dire une petite déception on ne peut pas dire le contraire enfin surtout quand il y a une empathie dans la relation.

EQ L32 Moi j'ai été gênée, à la limite même déçue, parce que la patiente, elle était complètement voilà, déstabilisée, elle s'est mise à pleurer.

- Quant au fait de ne plus voir le patient (H et F)

EH L33 Ah ben de savoir que je vais plus voir cette petite dame là que j'aimais bien ! [...] Donc je ne sais pas ce qu'elle va devenir cette petite dame là. Mais c'est ma curiosité. Mais je suis pas marié avec elle. C'est pas une relation affective. Quoique que un peu quand même.

EF L150 Quelques fois j'aimerais bien avoir des nouvelles du suivi. Mais après je me dis mais non mais les gens passent à autre chose, moi je dois passer à autre chose aussi. C'est plutôt plus l'attachement.... L'attachement. Voilà mais c'est tout.

3.3.2. Le vécu douloureux

3.3.2.1. Douleur verbalisée

Les médecins B et E verbalisent la rupture avec le patient comme un événement douloureux :

EB L24 *Mais en tout cas sur ce prétexte là, je n'ai pas bien vécu effectivement qu'il quitte le cabinet.*

EE L82 *Donc c'est vrai que j'ai vécu cette histoire un peu douloureusement certainement.*

De manière générale, les médecins G et Q évoquent la rupture comme un événement désagréable à chaque fois, avec l'idée d'une difficulté partagée :

EG L342 *C'est jamais facile à vivre. Je parle là pour moi. J'imagine qu'en face ça doit pas être facile non plus.*

EQ L93 *Mais je trouve ça toujours désagréable, décevant et un peu difficile, à la fois pour le médecin et à la fois aussi pour le patient j'imagine.*

3.3.2.2. Caractère brutal et mémorable

Dans certains entretiens la rupture est vécue comme particulièrement violente et brutale : (B, E, G et K)

EB L22 *Oui. Assez brutal.*

EE L135 *Donc une rupture un peu violente, un peu brutale j'ai trouvé.*

EG L214 *Là c'est quand même un phénomène brutal ce qui s'est passé.*

EK L494 *Mais il y des patients, où tout se passait bien, et puis brusquement vous ne savez pas pourquoi, ça se passe mal.*

Dans d'autres entretiens elle est particulièrement mémorable : (I, O et S)

EI L38 *[...] Ça ça m'avait... effectivement ça m'avait marqué parce que je pense que c'était une des premières fois où on me quittait un petit peu de cette façon.*

EO L7 *Et ça je crois que c'est la première rupture et je m'en souviens encore.*

ES L39 *Je m'en souviens... C'est la première avec qui ça m'a un peu blessé quoi.*

3.3.2.3. Blessure narcissique

Face au départ du patient, certains médecins sont blessés. Ils peuvent ressentir une atteinte :

- De l'image de soi (B et T)

EB L51 *Donc ben... c'est un peu comme une relation amoureuse hein. J'ai eu une réaction de dépit par rapport...*

Le médecin T évoque l'humiliation après la gifle reçue par le mari de la patiente :

ET L57 *[...] et puis d'impuissance et d'humiliation, quelque chose de l'ordre de l'amour propre hein quand même, tout ça mêlé. C'était pas une gifle en public mais enfin c'était quand même humiliant.*

- De l'image de soi en tant que « médecin » (C, H et S)

EC L48 *Ah ben c'est de s'entendre dire qu'on étaient incompetents et que les médecins généralistes servaient à rien et qu'on étaient tous des cons. Ça, c'était très très difficile...*

EH L99 *Je ne serai plus son médecin traitant. C'est mon orgueil personnel qui en prend mon... mon affect. C'est de l'orgueil finalement. C'est de l'orgueil.*

ES L21 *Et ben j'ai été un peu, comment dire, un peu blessé dans ma démarche de soutien.*

Souvent les médecins parlent d'un sentiment d'échec et de culpabilité : (E, L et P)

EE L94 *C'est une situation d'échec qui me touche enfin qui est difficile pour moi (rires) de part mon tempérament. Je pense que voilà j'aime bien faire au mieux pour les patients donc pour moi c'est un échec. C'est un échec personnel. Je vis ça douloureusement à chaque fois. A chaque fois qu'il y a une rupture, c'est toujours douloureux pour moi.*

EL L73 *De réussir à me dire que je ne pouvais plus la prendre en charge. Que j'étais en échec, moi, dans mon positionnement. Je n'avais pas su me positionner de façon professionnelle. Et quelque part, je m'étais laissée mettre en échec. [...] Parce que je pense que je le vivais comme un échec personnel. Un abandon peut-être.*

EP L46 *Ce en quoi c'est éprouvant, c'est l'écart entre l'intention qui est donnée et l'issue de la consultation en fait.*

3.3.2.4. Rancune

Le médecin S, quand à lui, ressent une certaine animosité envers le patient :

ES L16 *Une rupture, un défaut, la rupture pour moi, la confiance est cassée et on ne peut pas la ressoudée. L198 Que c'est toujours blessant, que je mets plusieurs jours avant de m'en remettre, que même des fois j'ai envie d'être méchant, de blesser, d'être agressif mais que bon... Je me dis voilà... Et que une fois que la rupture est faite, c'est pas la peine de revenir.*

Et de manière générale :

ES L182 *Moi ce qui me choque, les gens peuvent partir ça c'est pas le problème, on a du travail tant qu'il faut, mais le fait de les voir en salle d'attente se cacher comme si j'étais quelqu'un de... Je trouve que c'est blessant quoi. Ils me disent : « Bon je préfère madame machin, j'ai plus d'affinité avec elle que vous. » Pourquoi pas, ça s'entend. Mais bon. Je trouve que c'est un manque de respect quoi. À mon goût.*

3.3.2.5. Sentiment d'être déshumanisé

Ce qui est éprouvant pour le médecin G, c'est le fait de ne pas être vu par le patient comme une personne « normale » :

EG L90 *Donc moi ce que j'ai trouvé absolument inhumain, inacceptable [...] ce qui est inacceptable, c'est que les patients ne nous voient pas comme des gens normaux.*

3.3.3. Le soulagement

La rupture peut être vécue comme un vrai soulagement pour le médecin :

EA L47 *Des patients... Je suis bien contente qu'ils soient partis.*

EB L97 *Voilà bon, c'est une rupture un peu spectaculaire mais là du coup c'était vécu comme un soulagement. Je n'en pouvais plus.*

ED L105 *Enfin ça se termine par un soulagement ! Parce que finalement trop de pression...*

EN L80 *Et en fait pour aller jusqu'au bout de ma pensée, je pense que c'est important pour vous, c'est que quelque part je suis soulagé qu'elle ait changé de médecin traitant.*

3.3.4. Le vécu détaché

Bien que les médecins décrivent des ruptures avec le patient parfois marquantes de par leur caractère original, les médecins F, J et N ne les vivent pas pour autant comme des expériences éprouvantes :

EF L3 *Alors j'ai pas de rupture éprouvante...*

EJ L163 *Mais je l'ai pas vécu avec une souffrance non.*

EN L142 *Pour elle ça l'était quasiment pas.*

3.3.5. Résumé et analyse conceptuelle

La rupture avec le patient semble rarement vécue dans l'indifférence, elle fait émerger chez le médecins des sentiments.

► Les médecins désenchantés peuvent exprimer une incompréhension et une déception. Ils déplorent très souvent le manque de reconnaissance de la part du patient en révélant parfois des sentiments d'injustice et de trahison.

► Certains médecins semblent vivre la rupture douloureusement. Parfois parce qu'elle est particulièrement vécue comme violente et brutale. Ils expriment alors une blessure narcissique avec un sentiment d'échec et de culpabilité, une rancune et le sentiment d'être déshumanisé.

► À l'inverse, la rupture peut être vécue comme un soulagement, quand la relation n'est plus supportable pour le médecin.

Nous pouvons supposer que la rupture peut être vécue comme une désillusion. Elle est parfois vécue douloureusement avec un sentiment d'échec menaçant l'estime de soi. À l'inverse, elle peut ramener une certaine sérénité chez le médecin. Dans les autres situations, elle est vécue simplement.

3.4. L'autocritique de la rupture

3.4.1. L'auto-reproche

3.4.1.1. Dans l'attention portée au patient

Certains médecins reconnaissent une diminution de l'attention portée au patient :

- Routine (B)

EB L40 [...] *peut-être a-t-il eu la sensation que je n'étais pas assez attentif à ses plaintes sur les deux dernières années. C'est ce que je me suis dit en tout cas.*

- Ne pas prendre des nouvelles (C)

EC L69 *C'est ce que j'ai dit à mon associé, peut-être que 3 ou 4 jours après sachant qu'il avait été hospitalisé, aller téléphoner à la personne pour voir comment ça allait, des choses comme ça. [...] Donc j'étais probablement en tort de ce côté là.*

- Absence (A)

EA L21 *Et du coup peut-être qu'il a été voir mon associé à un moment donné où moi j'étais pas là, parce que j'étais en congé maternité.*

À l'inverse, certains reconnaissent un certain excès de leur part :

- Disponibilité excessive (B, D et K)

EB L54 *C'est vrai qu'il avait eu cette habitude que je puisse le recevoir assez rapidement, même si ses plaintes ne justifiaient pas que je le reçoive dans la journée.*

ED L92 [...] *je pense qu'on peut basculer quelquefois dans trop d'empathie et dès qu'on bascule de trop ben voilà, il arrive des choses comme ça. Il peut arriver des choses comme ça où on ne maîtrise plus en fait les demandes.*

EK L92 *Il venait exprès, souvent à 19 heures histoire de... si j'avais le temps parce que des fois j'avais pas le temps, de causer un petit peu. Et puis moi je l'écoutais. C'est pas que ce qu'il disait m'intéressait toujours, enfin je l'écoutais (rires). Des fois ça m'intéressait plus ou moins mais bon je l'écoutais.*

- Sympathie excessive (K)

EK L249 *Je sais pas, il y a peut-être eu un moment où la relation médecin-malade s'est déplacée un peu vers une relation, pas de copains mais de bonnes connaissances. Et est-ce que là il y a pas une erreur ?*

3.4.1.2. Erreur professionnelle reconnue

Rares sont les médecins qui reconnaissent avoir fait une erreur de « savoir-faire » :

- Erreur de diagnostic (A et B)

EA L19 *Je pense qu'on peut comprendre, je l'ai fait traîner moi en me focalisant sur autre chose.*

EB L10 *Il a eu une lésion sur le thorax qui avait un aspect bénin pour laquelle j'ai temporisé. Et puis la lésion persistant, j'avais fini par l'envoyer voir un dermatologue qui avait retiré la lésion, qui s'est avérée être un carcinome basocellulaire banal.*

- Erreur de prise en charge (L)

EL L22 *À posteriori, je pense que j'aurais dû lâcher prise et imposer l'hospitalisation.*

La plupart des médecins reconnaissent une erreur de « savoir-être » :

- Faux pas communicationnel (E, F, H, I, J, Q et S)

EE L158 *Je me suis demandé si j'avais assez parlé, si je lui avais assez... Enfin j'aurais peut-être pu lui demander son ressenti par rapport à ce qui était arrivé. C'est une question que je lui ai pas posée.*

EF L53 *Alors j'étais plus jeune aussi peut-être que je négociais moins. Enfin je négociais moins ou je savais moins bien négocier, ou tout ça, ou j'étais peut-être un peu moins dans l'empathie que je le suis maintenant.*

EH L85 *Ah ben j'aurais pu... oui j'aurais pu mieux communiquer avec le restant de la famille.*

EI L80 *Alors je sais pas, peut-être qu'on n'a mal communiqué hein, sur le fait que ça allait peut-être être long, qu'il fallait qu'elle patiente, qu'on n'avait pas de...*

EJ L161 *On se dit qu'on aurait pu faire autrement, proposer un rendez-vous plus rapide, accrocher différemment. J'ai pas été clair voilà.*

EQ L33 *Et du coup je me suis dit que j'avais mal estimé... enfin j'avais buggé quelque part,[...]*

ES L194 : *On pense évidemment que c'est une mauvaise communication.*

- Défaut d'autorité (L et N)

EL L26 *Quelque part j'avais pas mis les limites dès le départ. J'avais pas fait ce que j'aurais dû faire au départ pour une meilleure prise en charge.[...] Il y avait certainement une résonance qui a fait que j'ai pas été capable de borner mon territoire et d'être professionnelle simplement.*

EN L242 *Oui, avec le cas dont je vous ai parlé là, ma patiente, je pense que j'aurais dû être un peu plus incisif il y a quelques mois de cela. Remettre un petit peu les choses au clair et savoir dans quelle direction on devait aller. En fait j'ai laissé pourrir la situation. Par manque de courage, par manque de temps... par manque de courage, par manque de temps ça c'est clair.*

3.4.2. L'auto-justification

3.4.2.1. Tentative de sauvetage

La rupture étant annoncée, plusieurs médecins disent avoir tenté de s'expliquer et de se justifier sur les faits reprochés par les patients : (A, C, E, G, J, K et S)

EA L40 *Et donc j'ai essayé de m'expliquer [...]*

EC L10 *Donc on a beau lui expliquer...*

EE L64 *Enfin je discute un petit peu avec lui de notre problème de responsabilité à chaque fois qu'on prescrit un médicament, chaque fois qu'on fait un acte médical. Il y a toujours un risque de complication mais c'est pas pour ça que c'est forcément le médicament qui est la cause aussi de la complication.*

EG L49 *Donc je lui dis : « Ben écoutez je suis comme tout le monde, j'ai une vie normale. » Et je lui parle de ma vie.*

EJ L24 *Et puis donc forcément on essaie toujours de se justifier. On lui explique qu'il y a des situations compliquées, parfois on est obligé de passer plus de temps.*

EK L352 : *Parce que j'ai essayé de couper dès le départ. J'ai essayé de dire : « Oui bon vous avez attendu, c'est vrai. Oui bon c'est le docteur... » Je me rappelle plus enfin bref. J'ai voulu déminer quoi.*

ES L12 *Bon j'ai essayé un peu de discuter avec elle mais bon...*

Le recours à un tiers a été évoqué par le médecin B :

EB L74 *« À tel point que c'est quelqu'un... Ma collègue, ma nouvelle associée, était ma*

remplaçante auparavant et à un moment donné je lui ai demandé : « Est-ce que pendant quelques semaines tu peux la prendre en charge ? Parce que là... ». Enfin ça envahissait mes rêves la nuit quoi! » (rires)

3.4.2.2. Surmenage

Une des raisons données par les médecins pour justifier leurs actes est le surmenage professionnel :

- Manque de temps (B, C, D et P)

EB L55 *Sauf que ce jour là vraiment j'étais surbooké [...]*

EC L71 *Mais on n'a pas le temps, on a des grosses grosses journées donc euh... Ce n'est pas forcément facile.*

ED L8 *Alors il se trouve que c'était pendant l'épidémie de grippe de février on a donc été très mis à l'épreuve sur les demandes des patients. Il y avait beaucoup de demandes qu'on ne pouvait pas honorer.*

EP 114 *Parce que c'était dans un cabinet où on voyait 35 à 40 patients par jour en fait et que du coup j'avais pas le temps que je me fixe maintenant en tant que collaborateur.*

- Fatigue et stress (D, G et K)

ED L53 *On faisait de grosses journées donc je pense qu'il y avait peut-être une certaine fatigue qui a conduit à cette réponse.*

EG L24 *Moi ma programmation de travail c'était 7h30 du matin jusqu'à midi. Après c'est le samedi après-midi. J'ai envie d'avoir aussi mon week-end, surtout que la semaine était chargée.*

EK L54 *Je le prenais plutôt un petit peu mal, en fin de semaine, moi aussi j'ai le droit d'être fatigué.*

De manière générale certains médecins évoquent leur retard parfois dans les consultations et évoquent également la possibilité de faire des consultations longues quand cela est justifié, peut-être au détriment des autres patients : (B, C, E, F, I, J, K et T)

EB L168 *D'ailleurs si je vous ai reçu en retard c'est parce que j'ai eu une consultation longue avant.*

EE L211 *Malheureusement moi j'ai une grosse patientèle et je souffre un peu de ça. Parce que les journées sont des fois un peu à rallonge. Mais bon a n'a pas toujours le choix mais c'est vrai que j'aimerais bien pouvoir leur consacrer plus de temps ou consacrer plus de temps à certaines*

consultations. J'ai des petites frustrations parfois.

EI L284 *Après les patients comprennent pas qu'on a du retard mais on ne peut pas être à gérer tout en même temps. Donc non c'est la vie... enfin je veux dire il faut... C'est au dépend des autres donc il faut que chacun accepte aussi les contraintes des uns et des autres.*

EJ L28 *Si quelqu'un vient pleurer sur votre épaule vous allez pas lui dire « Ben écoutez désolé mais on va faire que 5 min la consultation parce que bon en effet vous êtes triste mais bon. » Donc c'est difficile de faire comprendre ça. (rires)*

EK L147 *Des fois j'arrive carrément en retard. Je le fais pas exprès. Bon des fois j'arrive en retard pour telles ou telles raisons et puis des fois j'arrive en retard parce qu'un papy ou une vieille grand-mère s'est cassée la gueule et tout.*

ET L120 *Alors j'ai souvent du retard. [...] Donc les gens vous diraient que j'ai souvent 3/4 d'heure de retard. Parce que je peux faire une consultation en 10 minutes et puis je peux prendre 3/4 d'heure s'il le faut.*

3.4.2.3. Sentiment de ne pas avoir nuit

Plusieurs médecins attestent avoir fait tout ce qui était en leur pouvoir, sans engendrer d'événements pouvant menacer la sécurité du patient : (A, E, G, H, I et S)

EA L124 *Moi j'ai pas l'impression d'avoir fait quelque chose de mal.*

EE L80 *Je n'avais pas le sentiment d'avoir fait une faute professionnelle. Et puis je pensais qu'au niveau relationnel ça se passait bien avec cette personne aussi.*

EG L272 *J'avais pas fait d'erreur particulière où alors il faut être à disposition totale.*

EH L27 *Je pense en toute légitimité que je m'étais bien occupé d'elle, que cette petite dame avait tout à fait confiance en moi et que c'est sous la pression de ses enfants, qui ne s'occupent pas d'elle, qu'elle a changé de médecin.*

EI L41 *Parce que cette patiente finalement j'avais pas fait d'erreur diagnostique. Je ne savais pas mais le diagnostic était en cours. Erreur thérapeutique, je m'étais pas trompée dans le sens où ça n'avait pas fonctionné mais je n'avais pas créé d'effets secondaires.*

ES L22 *Moi j'ai pas l'impression d'être pesant, lourd, envahissant.*

Les médecins argumentent leurs actes et essaient de se « disculper ». Parfois les motifs de demande urgente étaient jugés comme injustifiés médicalement : (B, D, G et I)

EB L17 *Mais c'était... Je me rappelle plus exactement enfin c'était une pathologie genre infectieuse*

saisonnaire ou quelque chose comme ça.

ED L22 [...] je reconnais immédiatement le patient que j'avais déjà vu pour un problème infectieux bénin 3 fois dans la semaine !

EG L107 Alors après j'ai appris qu'elle avait fait une petite allergie due à des chenilles processionnaires – ce qui n'est quand même pas encore l'urgence du siècle au niveau de la prise en charge – [...]

EI L83 C'était pas non plus un prurit à se ... Voilà à se jeter par la fenêtre parce qu'il y a des gens qui peuvent avoir ce type de... C'était pas à ce point là non plus [...]

Les médecins C, H et L justifient leur prise en charge médicale :

EC L62 C'était fait par le spécialiste parce que c'est lui à qui on a téléphoné. Et puis voilà ça s'est répété 3 fois je vous dis à un mois d'intervalle mais à juste titre quoi parce que effectivement c'était le spécialiste qui prescrivait. De toute façon moi, j'aurais fait pareil. On serait passé par moi avant pour me dire le résultat, j'aurais téléphoné au médecin qui le prenait en charge à l'hôpital pour qu'il soit hospitalisé. Donc on rajoutait une boucle en quelque sorte.

EH L17 Et j'ai été amené plusieurs fois à aller à son domicile et j'ai dit que je maintenais à domicile cette dame là et que je ne voyais pas de raison de ne pas le maintenir.

EH L149 Pour vérifier l'interprétation de la famille, je la raccompagne jusqu'à sa voiture, j'avais conscience qu'elle était mal, oui ça on est tous d'accord, pourquoi je ne l'avais pas hospitalisée ? Mais moi j'ai pas pu dire à la famille que c'était parce qu'elle voulait pas ! (rires)

EL L18 Jusqu'au jour où elle a fait une tentative de suicide avec une tentative de phlébotomie, où j'ai été appelé plusieurs jours après. [...] Il y avait une plaie de poignet qui était pas... Qui avec des soins locaux, me semble t-il, aurait pu cicatriser. Et il y a eu un refus d'hospitalisation.

Le médecin E argumente sa prescription médicale :

EE L74 Je pense que peut-être que les corticoïdes ont abâtardi un peu l'affaire. C'est possible. C'est peut-être ce qui a expliqué le fait que ça a dû évoluer peut-être à bas bruits et évoluer vers une péritonite. On peut incriminer plutôt les corticoïdes. Mais lui me reprochait le fait d'avoir prescrit un médicament à base de codéine.

Le médecin F dit avoir essayé de trouver une solution au problème conjugal:

EF L40 Parce que je lui proposais de le recevoir avec sa femme. J'avais même dit : « Je peux venir à domicile. » Moi j'étais pas contre d'aller à domicile.

3.4.2.4. Faillibilité

Parallèlement au thème précédent, plusieurs médecins revendiquent la possibilité d'avoir des faiblesses.

- Idée que le médecin n'est pas parfait (A, E, H, I, K, L et S)

EA L123 *Ça peut arriver de faire des bêtises.*

EE L85 *Souvent on se plante, on peut faire des bêtises, des erreurs. Ça nous arrive, on n'est pas parfait. L223 Je pense qu'il faut rester très humble. On n'est pas des gens parfaits, on n'est pas des super-médecins. Et il faut de temps en temps accepter qu'un patient ne soit pas satisfait de la façon dont on l'a accompagné dans son histoire clinique ou dans son histoire personnelle.*

EH L64 *Désir de mieux faire parce que vous, comme moi, vous n'êtes pas parfaite.*

EI L55 *Je veux dire les médecins généralistes globalement, et là je défends mes confrères, on n'est pas des gens parfaits mais généralement quand même on fait un maximum.*

EK L323 *On ne peut pas tout faire, tout, tout le temps.*

EL L82 *On n'a pas toutes les capacités du monde [...]*

ES L194 *Et puis après bon, on maîtrise pas tout non plus.*

- Contexte personnel (L)

EL L83 *[...] et on a notre histoire personnelle.*

- Image du médecin « sur-puissant » par le patient (G et T)

EG L370 *Moi je milite pour que les gens reconnaissent que l'on est des gens normaux et pas des surhommes.*

ET L110 *Alors avec peut-être quand même, dans une partie de la population, une image du médecin qui peut tout régler quoi, y compris faire la police.*

3.4.2.5. Pas de remise en question

Les médecins N et I estiment finalement ne pas avoir à se remettre en question :

EN L114 *Et donc je considère que j'ai fait ce que j'ai pu. Mais je me remets pas en question pour autant. L147 Je pense qu'elle était dans une forme de colère après moi. Mais une colère que je comprends tout à fait. Parce que j'ai pas répondu à ses attentes mais je ne pouvais pas répondre à ses attentes.*

EI L82 *Je pense pas avoir mal communiqué dans ce sens là.*

Le médecin J, quant à lui, se justifie en disant qu'il n'avait pas envie de faire d'effort :

EJ L51 *Mais j'étais peut-être là vraiment dans un mauvais jour; ce patient là m'a laissé une mauvaise impression, du coup j'avais pas envie de faire l'effort de rentrer dans cette relation là ou d'être tout le temps défié.*

3.4.3. Les alternatives envisagées

3.4.3.1. Éviter la rupture en renonçant à l'exercice de ses compétences

Les médecins A, P et Q estiment que la rupture aurait pu être évitée en optant pour des décisions médicales faciles et consensuelles, en renonçant à ses aptitudes :

EA L54 *Enfin moi je trouvais que c'était assez rapide et finalement j'aurais mieux fait de l'adresser aux urgences tout simplement.*

EP L125 *On sait que ça peut coûter plus d'énergie et de temps de se prendre la tête et du coup bien sûr qu'on prescrit un truc qui n'est pas totalement dans les recommandations, juste pour que ça passe. Et du coup je veux dire par là, que le conflit n'aurait pas eu lieu.*

EQ L70 *Attendre peut-être que l'alliance se fasse un peu plus. Ou alors ne pas faire ce genre de proposition et puis utiliser une autre méthode.*

3.4.3.2. Éviter la rupture en renonçant à une qualité d'exercice

Les médecins B, D, G et I estiment qu'ils auraient pu éviter la rupture en acceptant les demandes des patients mais en perdant un certain confort en terme d'organisation professionnelle ou personnelle :

EB L62 *Peut-être que j'étais effectivement un peu stressé ce jour là et que si je lui avais donné l'impression de prendre plus mon temps pour l'écouter au téléphone peut-être que effectivement cela n'aurait pas conduit à une rupture.*

ED L146 *Ben autrement c'était de le recevoir. Et puis de lui dire que 4 consultations dans la même semaine c'était un petit peu exagéré. Mais que bon j'allais quand même l'écouter et essayer de comprendre pourquoi il vient 4 fois pour à peu près la même chose, une maladie bénigne. Qu'il n'a*

pas lieu de s'inquiéter. Je l'aurais rassuré une centième fois sur la bénignité de ses symptômes.

EG L257 *Je la voyais même si c'était samedi, même si je perdais 1 heure et demi de ma vie personnelle et cetera. Donc ça c'est le rôle de l'éponge. Oui, c'est une solution.*

EI L272 *Oui j'aurais pu faire autrement. C'est à dire que si j'avais répondu à cette patiente quand elle est venue me voir : « Je veux que vous appelez le dermatologue tout de suite pour qu'il me voit dans la journée. » [...] « Attendez là j'ai ma journée de consultations, c'est programmé. »*

3.4.3.3. Éviter la rupture en renonçant à ses valeurs

Les médecins F, G et K estiment qu'ils auraient pu garder le patient en optant pour une décision qui va à l'encontre de leurs propres opinions et valeurs :

EF L34 [...] *enfin je l'aurais gardé en négociant avec lui mais je voulais pas faire hospitaliser sa femme.*

EG L268 *Et puis la troisième solution ça aurait été lors de la consultation suivante, m'excuser enfin accepter tout ce que je prenais en pleine figure de sa part en me faisant tout petit en disant « Je m'excuse, je m'excuse. » Ce que je n'ai pas fait non plus. Parce que je considérais qu'elle mettait un problème là où pour moi il y en avait pas.*

EK L158 *Le seul moyen, si au départ j'avais dit : « Vous avez bien raison, oh j'en ai entendu parler oh là là (onomatopée), vous avez entièrement raison. » Là il aurait été content et ça ne serait pas mal passé.*

3.4.3.4. Éviter la rupture en communiquant mieux

Les médecins J et P estiment qu'ils auraient pu garder le patient en optant pour une attitude conciliante :

EJ L132 *Je pense que j'aurais pu faire le dos rond puis encaisser ses remarques [...] J'aurais pu lui dire : « Si vous voulez on continue mais si je vois que ça marche pas, moi par contre... C'est à vous de décider parce qu'il faudra chercher un autre médecin après. » Oui j'aurais pu temporiser.*

EP L113 *Donc j'aurais aimé mettre plus de temps à rejoindre la patiente là où elle était, pour pouvoir avec plus de délicatesse, amener à mon avis, la même prescription de non-médicament antitussif.*

Les médecins L et T pensent qu'ils auraient gardé le patient en posant des règles :

EL L89 *Et je pense qu'à ce moment là, j'avais pas encore les clés pour pouvoir suffisamment délimiter mon univers et me faire respecter.*

ET L114 *Voilà peut-être plus poser... peut-être aurais-je pu poser des limites sur le rôle du thérapeute quoi.*

3.4.3.5. Pas d'autre issue possible

Malgré ces différentes alternatives envisagées, les médecins G, K, N, O, S et T considèrent que finalement la rupture était la seule issue possible :

EG L273 *Donc finalement j'avais pas vraiment le choix que d'aller au conflit avec elle.*

EK L211 *Après de toute façon c'était foutu, c'était foutu hein.*

EN L256 *Mais là je crois que dans ce cas là, la rupture était annoncée.*

EO L89 *Alors je sais pas si on pouvait éviter la rupture parce que comme on sait pas pourquoi.*

ES L87 *Est-ce que ça aurait pu se passer autrement ? Je crois pas. Je crois pas. Je crois qu'elle était tellement en détresse que...*

3.4.4. Une décision finalement acceptée

3.4.4.1. Respect du choix du patient de partir

Les médecins A et E concèdent que, si le patient n'avait plus confiance en eux, la rupture était justifiée :

EA L41 *[...] et puis de toute façon voilà il ne me faisait plus confiance en fait. Donc à la limite c'est très bien qu'il soit parti.*

EE L83 *S'il y avait plus de confiance effectivement, c'était aussi bien qu'il choisisse un autre médecin.*

Les médecins E, F, H, L et N consentent que les patients ne sont pas leurs propriétés et qu'ils sont libres de partir :

EE L83 *Et puis bon ben les patients sont libres.*

EF L143 *Après moi, je suis pas propriétaire de mes patients. Pour moi c'est assez simple ça.*

EH L3 *Parce qu'avec mon expérience professionnelle j'ai appris à ne pas... à dépasser cette rupture je dirais conventionnelle entre le médecin et son patient. Parce que le patient vous appartient pas et on n'appartient pas au patient aussi.*

EL L120 *Et puis finalement, je me suis dit : « Mais c'est très bien, ils sont libres de leur choix et moi aussi je suis libre de mon choix. »*

EN L110 *Le patient est maître de son destin.*

3.4.4.2. Décision partagée

Les médecins E, G et I se résignent volontiers à la décision du patient :

EE L224 *Et il faut de temps en temps accepter qu'un patient ne soit pas satisfait de la façon dont on l'a accompagné dans son histoire clinique ou dans son histoire personnelle. Donc il faut rester très humble. Voilà.*

EG L102 *Et je préfère voir partir des gens comme ça même si ça fait du mal de recevoir des courriers un peu assassins comme ça.*

EI L286 *Non je crois que finalement c'est une bonne chose, au total c'est ce qu'on se dit.*

3.4.4.3. Idée du « bon médecin » que se fait le patient

Les médecins A, I, K, L et O analysent le départ du patient comme un dissentiment entre deux personnes et que le patient ira chercher un médecin qui lui correspond plus :

EA L46 : *Il y avait beaucoup de névrosés dans les patients, des fibromyalgiques à qui je convenais pas.*

EI L287 *Et ceux qui nous quittent c'est que finalement on ne leur correspond pas.*

EK L109 *Je sais qu'il y a des patients, ils viennent me voir 1 fois, 2 fois, 3 fois et après ils disparaissent. Je suis pas étonné parce qu'il y a quelque chose qui passe pas.*

EL L123 *Mais ils ont changé parce que probablement ce qu'ils attendaient dans un médecin était plus proche de la personnalité de ma consœur que de la mienne.*

EO L109 *Et puis peut-être qu'il y a des gens qui pensent que je suis trop directive ou alors pas du tout. Peut-être qu'il y a des gens qui pensent que je... Donc peut-être que ça ne passe pas quoi.*

Le médecin A, jeune femme, évoque la possibilité que le patient soit parti pour un médecin homme, du même sexe, qui ressemblait à son ancien médecin :

EA L5 *Je ressemblais pas forcément à son ancien médecin traitant. L22 Et du coup peut-être qu'il était plus content de la prise en charge de ce médecin homme qui ressemblait plus à son ancien médecin.*

3.4.4.4. Idée du choix réciproque

Parallèlement et de manière plus générale, les médecins I, K et L décrivent une sélection réciproque entre patients et médecins :

EI L287 *Les patients qui nous quittent... Ben toute façon, on ne peut pas plaire à tout le monde ça c'est clair. C'est normal, on a chacun un profil. L298 Au fil des années et bien on est nettement moins aux petits soins mais on va davantage être nous même ce qui fait qu'on va vraiment avoir le patient... Celui qui viendra va nous correspondre donc ça, ça va être beaucoup plus intéressant.*

EK L513 *Je pense que certains médecins ont un type de clientèle et d'autres ont tel type de clientèle. On a un certain type de clientèle ici, pour tout vous dire.*

EL L128 *Et finalement c'est plus souvent une inadéquation entre deux personnalités plutôt qu'un événement médical particulier.*

Avec la notion de tri qui se fait : (A, K et P)

EA L120 *Donc il y en a qui partent, et puis il y en a des nouveaux qui viennent et il y en a qui partent donc on finit au bout de quelques années à avoir vraiment une patientèle qui nous ressemble, à qui on convient et qui nous convient.*

EK L325 *Donc les gens, ils ont un petit peu le choix. Il y a une espèce de tri qui se fait.*

EP L167 *Je pense que peut-être il y a du tri qui est fait un petit peu en amont de la rupture en fait. Des gens qui sentent qu'ils pourraient rentrer en rupture ou des médecins qui sentent qu'ils pourraient rentrer en rupture qui font en sorte de ne plus voir ou le patient ou le médecin quoi.*

3.4.4.5. Une nécessité

Dans certaines situations décrites par les médecins, la rupture apparaît comme indispensable :

- Pour le bien-être « mental » du médecin (D, G et I)

ED L105 *Un moment donné quand la rupture a lieu, il vaut mieux que ce soit comme ça que plutôt que le médecin tombe malade.*

EG L386 *Donc il vaut mieux une bonne rupture avec un patient qu'une mauvaise dépression ou un mauvais suicide.*

EI L280 *Et finalement c'est peut-être pas plus mal parce qu'après avec du recul, ces patients là finalement ça nous stresse plus qu'autre chose quoi.*

- Pour le bien-être commun, pour mettre fin à une situation non satisfaisante pour l'un comme pour l'autre (N et Q)

EN L137 *Mais je l'ai pas vécue comme traumatisante, cette rupture. Je pense qu'elle était nécessaire pour elle et nécessaire pour moi.*

EQ L94 *Mais parfois c'est nécessaire. S'il y a rupture c'est que ben finalement, sans doute que la relation était pas faite pour...*

- Pour le bien-être du patient, dans une démarche « éducative » (I et P)

EI L275 *Et je pense que finalement on n'aide pas le patient en répondant forcément tout de suite à sa demande. À un moment donné il faut aussi qu'il comprenne qu'il y a pas que lui quoi. Il faut qu'il apprenne ça.*

EP L176 *Oui je dirais que bon, une rupture ça reste probablement un échec dans la relation médecin-patient mais que c'est parfois aussi le début d'une mobilisation différente du patient. Parfois il faut accepter je crois de jouer le rôle de la rupture.*

Le médecin P évoque même le bénéfice de la rupture avec la patiente :

EP L79 *[...] c'est une patiente qui est revenue me voir 1 an et demi après cette engueulade assez forte parce que en fait, c'est ce jour là où elle m'a dit qu'elle avait commencé à envisager d'arrêter de fumer. Et elle est revenue me voir pour arrêter de fumer. Et du coup je pense que c'était une rupture qui était nécessaire à ce moment là, qui lui a presque mis un cadre et qui lui montrait que pour sa santé, on était prêt à s'engueuler avec elle entre guillemets.*

3.4.5. Résumé et analyse conceptuelle

Face à l'arrêt de la relation les médecins essaient d'analyser les erreurs commises et les alternatives envisagées.

- ▶ Les médecins peuvent se reprocher un manque d'attention porté au patient ou à l'inverse des habitudes excessives en terme de disponibilité. Les erreurs reconnues sont d'ordre communicationnel plus que médical.
- ▶ Certains médecins disent avoir tenté de sauver la relation en vain. Ils invoquent parfois un surmenage professionnel, un professionnalisme respecté ou le droit à l'erreur. D'autres disent ne pas avoir à se remettre en question.
- ▶ Les médecins déplorent le fait que les ruptures n'auraient pu être évitées qu'en renonçant à leurs compétences, à leur qualité d'exercice ou à leurs propres valeurs. Ils estiment cependant qu'elles auraient pu être évitées avec une meilleure communication de leur part. Cependant la rupture semble parfois être la seule issue possible.
- ▶ Une fois digérée, la rupture semble être acceptée. Elle est analysée comme un dissentiment entre deux personnalités, ainsi une auto-sélection médecin-patient s'établit. Elle est également analysée comme nécessaire à la fois pour le médecin et le patient.

Nous pouvons faire l'hypothèse que la rupture est perçue comme nécessaire et inéluctable. Toutefois les attentes idéalisées du patient, le surmenage professionnel et le manque de communication du médecin sont des circonstances favorisantes à prendre en compte et pour lesquelles il est possible d'agir.

3.5. L'idée d'une relation médecin-patient de qualité

3.5.1. Les critères de qualité

3.5.1.1. Confiance mutuelle

De nombreux médecins citent la confiance mutuelle comme critère principal pour une relation médecin-patient de qualité : (A, B, C, D, H, J, K, N et P)

EA L126 *Une bonne entente, la confiance mutuelle.*

EB L109 *Une bonne relation avec son patient c'est quand même une relation de confiance. Où moi je réussis à instaurer un climat qui fait que le patient d'une part peut avoir confiance en ce que je lui proposerais mais se sente aussi en confiance pour exposer et avoir le temps d'exposer ses plaintes.*

EC L112 *Une relation de confiance.*

ED L172 *La confiance réciproque c'est à dire que le médecin a confiance dans ce que lui dit le patient en disant : il m'a pas caché quelque chose ou quoi que ce soit, et inversement. Et le patient a confiance dans son médecin.*

EJ L90 *Alors la confiance bien sûr, le patient doit avoir confiance en nous, mais aussi nous la confiance que l'on a envers le patient.*

EK L438 *Je me suis rendu compte au début qu'il fallait que les gens aient confiance en moi. S'ils viennent me voir pendant plusieurs années, c'est que à priori ils ont confiance. Et je me suis rendu compte petit à petit que moi aussi il fallait que j'ai confiance en eux.*

3.5.1.2. Rapport égalitaire

Le deuxième critère cité est un rapport égalitaire, une certaine symétrie entre médecin et patient : (G, I, J, N et S)

EG L179 *Un échange. Il y a pas le médecin en grand et puis le patient en petit.*

EI L121 *[...] j'essaie de me mettre à leur niveau quelque soit le type de souffrance qui est dit.*
L227 *Il faut pas être dominant-dominé. Chacun a son rôle mais il y a pas de dominant ni de dominé.*

EJ L95 *Donc voilà ne pas prendre de haut le patient, être à son écoute, ne pas le négliger.*

EN L113 *On est à égalité avec eux quelque part. On est vraiment dans une sorte de démocratie*

sanitaire.

ES L44 *J'essaie de me mettre à leur niveau, de pas trop les regarder, comment dire, avec mon savoir, de haut.*

3.5.1.3. Critères secondaires

Les autres critères cités secondairement sont :

- Le respect mutuel (I)

EI L129 *Le respect mutuel. J'estime qu'on doit pouvoir se respecter mutuellement.*

- L'alliance thérapeutique (P)

EP L61 *Et puis qu'il y ait une réunion de l'avis médical et du besoin du patient, qu'on se réunisse sur un terrain commun.*

3.5.2. Les aptitudes requises et reconnues

3.5.2.1. Compétences relationnelles

Pour une relation de qualité, les compétences relationnelles sont au premier plan :

- L'empathie (F, G, H, I, N, et T)

EF L95 *Enfin c'est compliqué et donc là je suis plutôt dans l'empathie voilà même si je suis pas toujours en accord thérapeutique.*

EG L190 *Voilà. Je pense que j'ai basé la relation moi sur cette notion d'aide, de partage, de parole, de cocooning enfin... Il y a plein de mots qui peuvent expliquer ça.*

EH L43 *Empathie. Je vais redire ce mot.*

EI L89 *Mais plus le côté relationnel en montrant comment il faut effectivement approcher le patient, l'empathie qu'il faut avoir mais pas trop non plus, savoir se détacher parce que effectivement les patients ne nous appartiennent pas.*

ET L78 *Je pense qu'il y a... alors cette empathie elle en fait partie.*

- L'écoute (B, C, D, E, H, J, L, P, Q et S)

EB L114 *C'est au départ principalement dans l'attitude d'écoute.*

EC L118 *Surtout dans cette écoute là, qui nous demande de prendre beaucoup sur nous assez souvent quand même.*

EE L186 *Le temps d'écoute.*

EP L52 *L'écoute, mais une écoute active.*

ES L78 *Ben j'essaie d'être le plus possible à l'écoute des patients, de répondre à leur demande.*

- S'adapter au patient (A, C, Q et T)

EA L99 *Il faut s'adapter à son patient on n'a pas le même langage avec n'importe qui. L135 Oui peut-être plus apprendre à s'adapter à un discours qui s'adapte bien au patient.*

EC L102 *Après il faut s'adapter hein. La société change, il faut s'adapter.*

EQ L43 *Après c'est plus moi qui m'adapte, qui essaie de m'adapter aux différentes patientèles que...*

ET L69 *Peut-être parce que je suis un petit peu caméléon (rires). C'est à dire peut-être que j'arrive à adapter mon humeur et ma relation à ce que je perçois de l'autre, de sa capacité à absorber en terme d'émotion, en terme d'empathie, en terme de désir de plaisanter.*

- La franchise (I, N et T)

EI L224 *Il faut pas cacher. Il faut pas dire... Quand on sait pas il faut dire « je ne sais pas. » Quand on s'est trompé il faut dire « voilà je me suis trompée. » Les gens l'entendent bien et ça, ça marche bien dans la grande majorité des cas.*

EN L75 *Ce qui est sûr, c'est que moi j'aime les relations franches, directes et claires avec mes patients.*

ET L80 *[...] la franchise, le fait de pouvoir parfois se dire dans une impasse et suggérer qu'on ne peut plus rien faire ou de faire préciser ce que l'autre attend.*

- L'apaisement (C)

EC L116 *Je suis toujours, enfin j'essaye d'être toujours dans l'apaisement des choses.*

- La patience (I)

EI L209 *Je pense qu'il faut être assez patient, (rires) c'est le cas de le dire. Il faut avoir beaucoup de patience, prendre son temps. Il faut être assez calme, avoir un côté assez paisible je pense.*

- Ne pas banaliser (I, J et P)

EI L228 *Là vraiment par expérience, quelqu'un qui a un symptôme, on ne sait pas pourquoi, on n'arrive pas voilà, on a eu des avis spécialisés, et bien moi je ne banalise jamais et je dis pas : « Écoutez, il faut qu'on passe à autre chose. Voilà ça y est, c'est fini. »*

EJ L92 *Oui c'est à dire que vraiment je crois à leurs symptômes. Comment dire. Je sais que s'ils viennent, parce que notre patientèle elle est un peu éduquée comme ça entre guillemets, je sais que s'ils viennent c'est qu'il y a quelque chose quoi. Donc j'essaie de pas négliger leurs symptômes.*

EP L58 *Il y a une demande, il faut pas que la chose soit prise à la légère.*

- Ne pas juger (O)

EO L53 *Et puis je juge pas.*

- S'investir (C)

EC L80 *Mais par contre cela demande de l'énergie. C'est à dire qu'il faut vraiment s'y donner aussi.*

- La prise en charge globale (E et H)

- L'accompagnement (N)

- Être soi-même (N)

EN L156 *J'essaie d'être moi-même.*

Des capacités aussi pour cadrer la relation :

- Mettre des limites (D)

ED L186 *C'est au médecin de fixer les limites, c'est à lui de fixer les rendez-vous par exemple. C'est pas au patient d'imposer son rythme sinon on se retrouve comme pris en otage.*

- Mettre de la distance (I, N et S)

EI L216 *Il faut mettre quand même une certaine distance oui. Il faut se protéger. Enfin je sais pas comment on peut qualifier ça mais il faut savoir se protéger. Parce que sinon en fait on rentre chez soi, on y pense encore, on peut se culpabiliser soi-même, c'est difficile quoi.*

ES L49 *Et puis après, moi je ne tutoie pas, j'ai toujours une distance, j'habite pas sur la commune*

où je travaille [...] Je suis homo et donc j'ai une vie qui, comment dire, ne concerne que moi.

Et pour une meilleure qualité des soins : (I, K et N)

EI L324 *Cette relation elle est primordiale pour convaincre les gens, pour l'observance du traitement, pour faire la prévention.*

EK L437 *La médecine générale, en fait vous réussissez à soigner les gens, voire à bien les soigner, s'il y a effectivement une bonne relation.*

EN L362 *[...]bien communiquer avec nos patients, bien les soigner en sachant bien communiquer.*

3.5.2.2. Compétences biomédicales

- Faire preuve de compétences techniques (D, E, N, P, Q et T)

ED L167 *On a envie que ça se passe bien, on a envie de réussir nos diagnostics, nos traitements.*

EE L190 *On doit vraiment être d'excellent médecin en tant que généraliste et vraiment savoir répondre à leurs interrogations concernant leur état de santé.*

EN L157 *J'essaie très vite, quand je commence à connaître mes patients, de mettre en place une sorte de contrat. Un contrat que j'appellerais un peu éthique, moral, un contrat surtout de compétence.*

EP L84 *Et après j'ai comme attente de moi même, d'avoir un soin qui soit de qualité, adapté aux connaissances actuelles de la science, de la médecine. Donc tu vois, réactualiser dans mes connaissances.*

EQ L60 *[...] et puis le plus efficace aussi en tant que médecin généraliste sur ce qu'il faut faire au niveau médical.*

ET L79 *Quand même d'une certaine rigueur médicale, les gens sont aussi là pour ça.*

- Rester vigilant à la routine (P)

EP L87 *J'ai comme attente de rester vigilant aux habitudes, enfin de rester vigilant face aux habitudes je veux dire, à mes habitudes. Tu vois, qu'il y ait pas de chose qui soit en mode automatique en fait.*

- Accepter ses propres limites (T)

ET L87 *Parce que parfois il faudrait probablement pouvoir se dire impuissant, se dire dans l'impasse thérapeutique pour pouvoir éventuellement suggérer d'aller voir un confrère quoi.*

3.5.2.3. Gestion du temps

- Prendre le temps (E, J, N et P)

EE L195 *Donc voilà prendre le temps. Pour qu'il y ait une bonne relation il faut qu'il y ait une bonne prise de temps.*

EJ L84 *la réflexion*

EN L168 *J'essaie de leur dire ça souvent à mes patients, qu'on a du temps, qu'on fera les choses tranquillement.*

EP L54 *Ce qui me semble important aussi c'est le temps, d'avoir du temps, que les patients sentent que la consultation est entièrement pour eux et qu'on n'est pas dans l'empressement de la consultation suivante, qu'on n'est pas déjà dans la consultation suivante ou dans la consultation précédente.*

- La disponibilité (E, H, L, O, Q et T)

EE L199 *[...] et de se montrer disponible.*

EL L88 *Très disponible [...]*

EO L53 *Je crois que je suis disponible.*

EQ L56 *Et puis voilà qu'ils se sentent bien dans la relation, qu'ils n'hésitent pas à venir quand ils en ont besoin.*

ET L78 *Certainement d'une certaine disponibilité.*

3.5.3. Les attentes vis-à-vis des patients

3.5.3.1. Respect

De nombreux médecins citent la notion de respect comme une attente principale chez leurs patients : (C, I et Q)

EC L114 *Qu'ils soient respectueux. Voilà. C'est tout après...*

EI L145 *Donc le respect quand même. Le respect. On est quand même aussi des êtres humains. Une certaine compréhension.*

EQ L57 *Après voilà il faut pas non plus abuser, il y a des cadres aussi à respecter.*

Et plus particulièrement le respect :

- Des contraintes (B, F, G et T)

EB L116 *Qu'ils soient à l'heure ! (rires)*

EF L114 *« Ben oui mais mon médecin il me faisait pas me déshabiller, la tension machin. » Je dis : « Et ben moi, c'est pas comme ça que ça se passe chez moi quoi. » Je pose d'emblée assez rapidement, par exemple pour les nouveaux patients, mes règles. [...] Pour moi c'est important qu'il y ait des règles.*

EG L366 *Avec des règles à respecter. Parce que le patient il considère que comme maintenant qu'il y a un contrat avec lui, il considère qu'il est chez lui quand il est chez vous. Alors qu'un patient il est encore dans un cabinet qui appartient au médecin avec une gestion qui appartient au médecin.*

ET L93 *Des attentes certainement de respect, de respect de mes contraintes, de respect tout simplement de notre travail, de ses rendez-vous.*

- Des consignes données (A, F, K, O et Q)

EA L126 *Pour qu'ils suivent ce que je dis, qu'ils fassent ce que je dis.*

EF L88 *Si par exemple je leur donne un rendez-vous... enfin je leur demande d'aller voir un spécialiste, qu'ils le fassent où s'ils l'ont pas fait et bien qu'ils me disent pourquoi et on se réexplique.*

EK L459 *En fait j'attends de mes patients qu'ils suivent mes prescriptions. (rires)*

EO L61 *Et bien qu'ils fassent un petit peu ce que je demande. Parce que sinon c'est peut-être pas la peine.*

EQ L55 *L'observance, on espère toujours qu'il y ait la meilleure observance possible même si on sait que c'est difficile.*

- De la distance (D)

ED L132 *Il y a des gens qui sont envahissants mais qui sont respectueux d'une certaine distance.*

- Pas de remise en question des compétences (A et D)

EA L127 *[...] qu'ils ne soient pas tout le temps en train de revendiquer ou demander d'autres trucs.*

ED L115 *Des gens qui font confiance, qui acceptent une certaine discussion, qui ne remettent pas systématiquement toute la médecine en question dès qu'il y a quelque chose qui ne va pas.*

- Pas de patients « consommateurs » (A et B)

EA L128 *Et que je sois pas non plus distributeur de ticket pour aller chez tel ou tel spécialiste.*

EB L107 *C'est par exemple que le patient n'arrive pas avec sa liste des courses en disant : « Il me faut ci, il me faut ça quoi. » Voilà.*

3.5.3.2. Attentes secondaires

Secondairement, d'autres attentes sont citées :

- L'aide (D)

ED L158 *Que le patient essaie peut-être de... D'aider (rires) le médecin parce que finalement ceux avec lesquels ça se passe toujours bien, même quand ils leur arrivent des catastrophes, c'est quand les gens nous aident aussi dans cette relation et dans l'aide au diagnostic même.*

- La compréhension (I)

EI L152 *Donc il faut que les patients nous comprennent.*

- La sincérité (P et T)

EP L71 *Et quand je dis sincérité c'est, voilà, que tout le monde gagne du temps, qu'on ait une relation de confiance et qu'ils me disent ce qu'ils comptent prendre, ce qu'ils ne comptent pas prendre.*

ET L96 *Voilà, qu'il puisse me dire ses difficultés d'adhérer aux propositions qui lui sont faites.*

- L'engagement (P)

EP L68 *[...] et puis d'investissement. Mais je crois que c'est la même notion, c'est à dire que comme attente, je veux qu'ils s'investissent dans la relation et dans leur santé, qu'ils attendent pas de moi ou de la médecine en général, une solution miracle un peu.*

- La fidélité (S)

ES L64 *De leur part à eux, j'aime bien la fidélité. Parce que par exemple on a une clientèle assez, comment dire, fidèle. J'ai la mienne, ma collègue a la sienne et notre nouvelle collègue a la sienne.*

3.5.3.3. Aucune attente

Les médecins E et F disent ne pas avoir d'attente particulière envers le patient :

EE L206 *Moi j'ai pas vraiment d'attentes.*

EF L108 *Non. J'ai pas d'attentes.*

3.5.4. Les attentes du médecin de la relation et de son exercice

3.5.4.1. Recherche de relation paisible

Les médecins décrivent leurs relations avec les patients comme :

- Harmonieuses et détendues (B, D, P et Q)

EB L109 *Une relation harmonieuse.*

ED L118 *Et puis du coup on peut aboutir à des relations complètement détendues...*

EP L50 *Je décrirais mes relations comme plutôt apaisées, plutôt sous la forme de l'humour.*

EQ L48 *Et ben déjà c'est que le feeling et le courant passent bien pendant la consultation et que, et le patient et le médecin, se revoient régulièrement sans aucun souci.*

- Épanouissantes (A)

EA L86 *Parce qu'on a eu plein de nouveaux avec qui ça se passe beaucoup mieux et je suis beaucoup plus épanouie cette année, avec plus de jeunes, d'enfants, qu'avec ma vieille patientèle un peu névrosée de l'année dernière.*

Souvent cette recherche de relation paisible passe par une affinité réciproque avec des relations :

- Amicales et affectives (A, H et K)

EA L89 *Donc les patients avec qui ça passe pas trop et avec qui on n'est pas très copain, on ne rigole pas ou on ne discute pas, à la limite ben je préfère qu'ils partent quoi.*

EH L43 *Je les aime. Voilà. C'est vrai qu'on aime ses patients.*

EK L289 *Et il y a une grande partie des patients qui viennent ici, ben je les aime bien un peu tous quoi. Pourquoi ? Parce que peut-être qu'ils m'aiment bien aussi hein.*

Voir même :

- Intimes (G, H, N et O)

EG L179 *Et je peux évoquer les difficultés de ma vie professionnelle ou personnelle avec des patients sans que ça me pose de souci. Je vis avec eux toute la journée donc ils connaissent ma vie.*

EH L49 *J'embrasse facilement mes grands-mères hein. Mes petites grands-mères que je vais voir à domicile, quand je m'en vais je les embrasse assez facilement. Parce que j'aime bien les embrasser.*

EN L173 *C'est à dire que je leur dis de temps en temps, quand je sens qu'ils sont un peu comment dire, qu'ils doutent, je leur dis : « Vous savez je vous soigne comme si vous étiez, alors si c'est une dame qui a 80 ans, comme si vous étiez ma mère ou comme si vous étiez mon fils. » [...] Mais ça peut-être une relation assez proche, c'est à dire que j'ai le toucher facile. Le toucher au bon moment, mais j'ai le toucher facile.*

EO L54 *Ils savent des choses peut-être personnelles malgré tout, lorsque je parle de mes neveux et des expériences que j'ai au travers... Ils savent tout, non. Souvent l'exemple par rapport aux enfants que j'ai tous suivis dans la famille. (rires) Je sais pas, je suis accessible en tout cas.*

3.5.4.2. Recherche de plaisir

Les médecins D, F et H évoquent la notion de plaisir dans la relation :

EF L80 *Qu'ils soient souriants, qu'ils viennent avec plaisir.*

EH L57 *C'est parce que j'ai du plaisir à faire du bien ! Ah ça c'est pas mal ça. Plaisir à faire du bien !*

Et un plaisir partagé :

ED L119 *Voilà il faut que la relation soit détendue pour que tout le monde y prenne, entre guillemets, plaisir. Parce que c'est un métier où on prend beaucoup de plaisir quand même.*

3.5.4.3. Respect de ses propres valeurs

Les médecins F et P affirment vouloir exercer dans le respect de leurs convictions :

EF L97 *Après voilà qu'un patient ne me demande pas ce que je ne veux pas faire. Une prescription que je ne veux pas faire, je la ferais pas. Et j'expliquerais pourquoi. Mais ce sera juste non quoi.*

L110 *D'avoir fait ce qu'il fallait que je fasse pour lui quoi. Dans mes valeurs.*

EP L82 *C'est à dire que je suis pas là pour me mettre en danger par rapport aux patients Ma première attente par rapport à moi-même c'est de respecter ce que j'estime important pour moi.*

Le médecin G analyse ses relations comme étant paternalistes et cherche à conserver ce mode de fonctionnement avec ses patients :

EG L169 *Relation paternaliste c'est clair. Alors là je le... J'ai envie de dire je l'entretien parce que je crois que ça reste à mon sens ma façon à moi de voir la médecine. J'ai pas dit que c'était ce qu'il fallait faire (rires) mais en tout cas c'est ma façon à moi de le voir.*

3.5.4.4. Recherche de reconnaissance

Plusieurs médecins disent rechercher une certaine gratitude, la reconnaissance de leurs qualités de médecin et une satisfaction réciproque (C, D, E, G et J) :

EC L79 *Moi dans ce que je ressens c'est qu'effectivement c'est une patientèle plutôt reconnaissante, plutôt admirative.*

ED L168 *Que les gens soient très gravement malades ça on n'y peut rien, mais que ça se passe bien. Si en plus de temps en temps, on arrive à vraiment les sortir de très très mauvais pas, c'est une grande satisfaction quand même. Et les gens sont reconnaissants.*

EE L206 *Ce que j'aime bien... j'aime bien... Bon je suis toujours satisfait quand les patients disent qu'ils sont contents. Ça c'est vrai. Quand ils sont contents, je suis content.*

EG L194 *Quand on fonctionne comme ça, c'est cette notion de reconnaissance je pense. Je pense que ça c'est clair. L218 Et puis d'un autre côté je pense que j'ai suffisamment aussi de reconnaissance de la part des autres pour ne pas la chercher de manière systématique. Mais j'ai bien prononcé le mot reconnaissance hein donc voilà. C'est quand même une attente dans mon métier.*

EJ L98 *En fait on a envie d'avoir un retour en fait sur notre consultation mais c'est pas quelque chose qu'on va leur réclamer. [...] Donc on aurait un peu envie d'avoir... Oui j'ai cette attente là et c'est pour ça je me sens vraiment satisfait, très gratifié si un patient nous dit : « Je sais que je peux venir vous voir. »*

3.5.4.5. Recherche équilibre vie privée / vie professionnelle

Les médecins G et O citent la recherche d'une qualité d'exercice avec la recherche d'un équilibre entre vie privée et vie professionnelle :

EG L376 *J'ai une femme, des enfants, il y a plein de choses que je n'ai pas faites pendant des années. Et aujourd'hui j'ai plus envie de tout accepter.*

EO L91 *J'adore mon job hein donc... Mais en même temps je veux m'organiser des choses au dehors. Je fais du sport, j'évacue pour pouvoir ne pas souffrir.*

3.5.5. Les ressources

3.5.5.1. La formation médicale

Certains médecins déclarent avoir peu de formations concernant la relation médecin-patient : (A, C, D, K et N)

EA L71 *On discute beaucoup de nos cas difficiles avec notre groupe de FMC, mais je n'ai pas fait de formation spécifique "relation médecin-patient".*

EK L334 *Ça m'arrive rarement, sauf avec vous, de parler de la relation médecin-patient.*

EN L213 *Très peu. Pas assez. Moi je pense que les médecins devraient beaucoup plus en avoir.*

D'autres médecins en ont beaucoup : (L, P et Q)

EL L98 *Oui, oui. Plusieurs. Plusieurs. Le "patient-difficile", j'ai dû en faire, je sais pas moi, 4 ou 5. Oui qui aboutissaient à des problématiques relationnelles.*

Et d'autres médecins en ont aucune : (K et S)

ES L83 *Non. J'ai jamais fait. Je suis un peu hors milieu médical. Je fais ni formation, ni groupe de formation avec d'autres médecins, je fréquente pas du tout le milieu médical, je suis hors milieu médical.*

Les médecins peuvent s'informer et parler de leurs difficultés au sein :

- De groupe de pairs (B, F et N) et groupe Balint (E et T)

EE L146 *Ah ben plutôt parce que je fais parti d'un groupe Balint. Alors je sais pas si vous connaissez les groupes Balint, mais les groupes Balint c'est vraiment le lieu où on peut parler de ça. [...] C'est de pouvoir un petit peu parler de ce qui est difficile dans notre relation, ce qui fait qu'on s'est complètement planté dans une relation. On sait que ça collait bien avec un malade et puis il vous quitte on sait pas pourquoi. Ou alors ça se passe mal et on a besoin d'être aidé par le groupe.*

- De formations ponctuelles (H, I, J, N, O, P, Q), formation hypnose (P et Q)
- D'analyse de situation difficile avec un psychologue (D)
- D'une équipe pluridisciplinaire (G)
- D'inter-visions entre confrères (P)
- De discussions entre amis ou conjoints issus du milieu médical (K et P)

Ou s'informer par soi-même dans les livres (J)

3.5.5.2. Un manque de formation

Certains médecins regrettent un manque de formation surtout dans le domaine psycho-social et / ou communicationnel : (I, N et O)

EI L332 *Effectivement il faudrait avoir un peu plus de formation. C'est peut-être le mot de la fin voilà. Un peu plus de formation.*

EN L135 *C'est compliqué, il faudrait avoir des coachs, il faudrait faire des formations tous les 2-3 ans, il faudrait faire du Balint, qui est je pense un excellent moyen de travailler tout cela.*

L319 *Mais je pense qu'il faudrait qu'on soit mieux formés à communiquer avec nos patients, à mieux travailler notre distance avec nos patients. [...] je pense qu'on soignerait mieux nos patients.*

EO L124 *Qu'il faudrait peut-être qu'on s'y prépare dans les... Je sais pas si dans les études ou dans les...*

Car utile dans le but de se protéger : (D, N et O)

ED L179 *Alors c'est vrai que l'on est un petit peu seul souvent dans ce genre de situation. Et ça c'est vrai que ça peut être à problème.*

EN L213 *Parce que à la fois c'est un très bon moyen de se prévenir du surmenage professionnel...*

EO L126 *Oui j'ai passé ma thèse en 86 donc ça va faire 30 ans. On parlait pas du tout de la psychologie, du burn out, de tout ça. Ils en parlaient jamais de ça. C'est comment se préserver un petit peu.*

3.5.5.3. Compensé par l'expérience acquise

Les médecins B, F, G, H, I, N et S pensent que l'âge et l'expérience professionnelle :

- Améliorent les capacités relationnelles : (F)

EF L95 *Enfin c'est compliqué et donc là je suis plutôt dans l'empathie voilà même si je suis pas toujours en accord thérapeutique. Je me dis que peut-être un peu en vieillissant on a acquis ça.*

- Atténuent le ressentiment éventuel d'une rupture (B, G, H, I, N et S)

EB L22 *Et c'est vrai que bon... Au fil du temps c'est vrai que j'ai appris à ne pas le vivre trop comme une blessure narcissique.*

EG L214 *Mais dans le quotidien il y a des fois des choses qui se passent différemment. Je le vis de moins en moins mal. Alors ça, c'est le bénéfice de l'âge.*

EH L3 *Alors éprouvante je vais dire non. Parce qu'avec mon expérience professionnelle j'ai appris à ne pas... à dépasser cette rupture je dirais conventionnelle entre le médecin et son patient.*

EI L219 *Avec 15 ans d'expérience ça va. Maintenant... Ce que je disais à l'interne l'autre jour, au bout de 8-10 ans, il faut 8-10 ans... enfin moi c'est le temps que j'ai mis un peu pour être sereine par rapport à différents cas de figure.*

EN L141 *Je pense qu'on est éprouvé quand on découvre qu'un patient nous a quitté. C'est toujours un peu éprouvant mais ça l'est de moins en moins.*

ES L195 *Avec le temps je fais de moins en moins d'erreur. Donc je pense qu'avec l'expérience on a plus de bouteille, on voit les choses plus facilement.*

Une sagesse acquise de par des antécédents de surmenage professionnel vécus par les médecins D, N et G :

ED L107 *Et pour avoir été déjà surmenée quand mon prédécesseur, pas celui que j'ai actuellement, associé, a cessé son activité je me suis retrouvée seule où là vraiment j'ai connu le surmenage. Je me suis dis pas deux fois.*

EN L192 *Mais on peut avoir des moments compliqués pour différentes raisons, soit parce que moi-même je suis en surmenage professionnel – et je le suis par moment, mais j'en suis conscient donc je sais pas si je le suis vraiment – (rires)[...]*

Jusqu'au burn-out : (G)

EG L388 *J'ai fait un burn-out il y a 4 ans. Alors le burn-out... comment on pourrait dire ça ? J'ai rien vu arriver. Je n'avais plus d'affect, plus de plaisir, plus de peine.*

3.5.6. Résumé et analyse conceptuelle

Les médecins ont évoqué l'idée d'une relation médecin-patient de qualité.

- ▶ Les critères principaux cités sont la confiance mutuelle et le rapport égalitaire.
- ▶ Les médecins aspirent à de la reconnaissance de la part du patient, à des relations paisibles, épanouissantes et de plaisirs partagés. De plus ils souhaitent exercer dans le respect de leurs propres valeurs et dans le respect de leur équilibre familial et professionnel.
- ▶ Les aptitudes requises et alléguées par les médecins sont : les compétences relationnelles au premier plan, puis les compétences biomédicales et la gestion du temps.
- ▶ Les attentes des médecins envers les patients sont principalement le respect des contraintes et des consignes données. Peu de médecins n'attendent rien en retour.
- ▶ La formation médicale concernant les relations médecins-patients peut revêtir différentes formes. Par ailleurs, elle est regrettée par quelques médecins. Ce manque de formation semble être compensé par des compétences acquises sur le terrain.

Nous pouvons faire l'hypothèse que comme les patients, les médecins ont également des exigences et des attentes. Ils semblent rechercher une qualité relationnelle avec leur patient pour une meilleure qualité des soins, dans le respect de leurs valeurs et de leurs conditions d'exercice, en vue d'une diminution de leur stress.

Nous pouvons faire l'hypothèse qu'une meilleure communication permettrait d'éviter les conflits avec le patient et la démission thérapeutique du médecin. Les aptitudes communicationnelles s'amélioreraient par des formations adaptées et avec l'expérience professionnelle acquise.

3.6. L'expérience générale de la rupture

3.6.1. Les départs que le médecin comprend

3.6.1.1. Relation conflictuelle

Souvent la rupture est annoncée lorsqu'il y a des désaccords dans la relation. Certains médecins ont cités des exemples de ruptures qu'ils analysaient et comprenaient bien. Il pouvait s'agir :

- D'une relation avec un patient difficile (C et O)

EC L98 : *Et puis un autre, c'est l'emmerdeur typique qui n'arrêtera pas de... et puis un moment ça clash. Ça aussi c'est un petit peu normal.*

EO L106 *Et bien je pense qu'il y a des gens qui sont pas contents de ce qu'on leur dit, leur annonce, ou de la façon qu'il faudrait qu'ils fassent. Je pense qu'il y a des gens, lorsqu'on leur dit qu'il faut faire ci ça ça ça, ils veulent pas !*

- D'un refus de céder à une demande (I et Q)

EI L39 *Et c'est de plus en plus enfin je veux dire les patients nous quittent de plus en plus dans ce contexte là quoi. De non satisfaction par rapport à un service qui n'est pas rendu.*

EQ L75 *Ça peut arriver sur une demande à laquelle on veut pas répondre par exemple. Une demande de patient sur, je sais pas moi, « je veux des antibiotiques. » « Non, il y a pas besoin. » « Ah ben si j'en veux, d'habitude le médecin il m'en met. » « Ben non, j'en mettrai pas. » Et la personne part fâchée quoi.*

- De malentendus (N)

EN L261 *Vous avez des ruptures sur des malentendus, c'est à dire que vous avez énoncé un diagnostic ou énoncé une thérapeutique, il y a eu un rendez-vous avec le patient, le patient vient vous revoir en colère après vous parce qu'il y a un malentendu.*

3.6.1.2. Erreur médicale

L'erreur médicale est un motif de départ de patient qui est compris par le médecin :

EA L122 *Si j'avais vraiment fait des conneries et que les patients étaient partis, et ben je comprends.*

Deux médecins, H et K, déclarent avoir perdu des patients suite à une erreur médicale :

EH L122 *Des patients qui sont partis oui parce que... Ben les mauvaises appréciations du diagnostic. Je dirais pas jusqu'à la faute professionnelle. Je ne dirais pas la faute professionnelle. La relation ou le retard du diagnostic. L'erreur... L'erreur médicale ! Oui, oui j'ai des erreurs médicales.*

EK L413 *Je comprends mieux quelqu'un dont le diagnostic a petit peu traîné, voire même on s'est trompé. En général pas sur des trucs graves, jamais sur des trucs vitaux. Et qui après vous le reproche ou voire même se barre [...]*

Ou de manière masquée ? : (N)

EN L192 *Mais on peut avoir des moments compliqués pour différentes raisons, soit parce que moi-même je suis en surmenage professionnel [...] et soit parce que mes patients eux-mêmes vivent des moments compliqués. Et peuvent, parce que j'ai pas su répondre, à un moment, à un de leur problème, être en colère après moi.*

Le médecin I pense que l'erreur médicale n'est pas une cause de rupture quand elle est reconnue :

EI L251 *En général les patients vraiment vraiment vraiment ne nous quittent jamais parce que, enfin en tout cas moi j'ai pas eu le cas, ou alors je ne le sais pas [...] mais effectivement ne nous en veulent pas quand on reconnaît que bon là on a été limité, on n'est peut-être pas allé jusqu'au bout, on n'a pas bien fait les choses quoi, on n'a pas pris le bon chemin.*

3.6.1.3. Décès conjoint

Comme vu précédemment, le décès du conjoint peut être un motif de départ : (C et T)

EC L93 *L'un parce que son mari était décédé et donc elle ne souhaitait pas revivre avec moi cet enfer. Ce qui peut se comprendre, elle me l'a dit : « Je vous aime bien comme médecin, il n'y a pas de souci. Ce que vous avez fait pour mon mari, il n'y a aucun souci ». Mais elle dit : « Maintenant je veux tourner la page quoi. » Ça été difficile à vivre pour elle. Ça c'est des ruptures que l'on*

comprend plutôt bien.

ET L155 *Parce que je sais que c'est parfois des causes de rupture avec les familles, après le décès d'un proche. Ça a pu m'arriver.*

3.6.1.4. Rupture violente

Les médecins K et N ont eu des expériences de départ violent de patient :

EK L486 *Des fois elle peut être violente par contre. Ça peut être violent.*

EN L98 *Comme on voit de temps en temps ou comme quelquefois les patients le font auprès de la secrétaire. De façon très violente, avec une violence qui a du sens. « Oui puisque c'est comme ça je demande à avoir mon dossier dès demain matin ! » Donc là vraiment c'est significatif de quelque chose hein, je veux montrer très clairement que voilà...*

3.6.1.5. Impact de la rumeur

Le médecin H envisage le fait d'avoir perdu des patients à cause d'une rumeur négative sur son compte :

EH L157 *Quand quelqu'un est mécontent de son docteur, toute la population le sait, discute de ça sur la place du bourg à la sortie de la messe, au supermarché parce qu'il y a plus d'épicerie maintenant. Donc on on dit « Ah ben oui le docteur H il a pas été bien hein parce qu'il n'a pas hospitalisé et puis... (onomatopée de bavardage). » [...] Et j'ai appris au début de mon installation, "un patient content de toi tu en gagnes un autre, un patient mécontent tu en perds dix".*

3.6.2. Les départs que le médecin ne comprend pas

3.6.2.1. Interrogations

Comme vu précédemment, ici de manière générale, les ruptures peuvent être incomprises et vécues comme une déconvenue : (A, J et S)

EA L107 *Et puis il y a des ruptures, on sait pas pourquoi. [...] Et il y a des gens, j'ai pas compris parce qu'il y avait des patients avec qui ça se passait très bien.*

EJ L155 *J'en ai une ou deux autres en faisant de la nutrition, il y a des patients qui reviennent pas voilà. Mais là j'ai pas de raison en fait. Je reste avec mes pensées, je me dis « Tiens ils sont pas revenus parce que j'ai pas été bon. Je leur ai pas bien expliqué voilà. J'étais pas motivé. » Je sais pas.*

ES L70 *Je me dis : « Qu'est-ce que j'ai fait ? Qu'est-ce que j'ai fait de mal ? Ou est-ce que la communication n'est pas passée ? Qu'est-ce que j'aurais dû faire ? » C'est toujours une interrogation comme ça de ma part.*

3.6.2.2. Départ en douce

Les médecins N et T racontent des départs de patient « sans bruit », sans explication :

EN L260 *Des ruptures qui se font dans la douceur. Donc le patient qui change de médecin, qui demande son dossier et on sait pas pourquoi. On ne saura jamais pourquoi probablement.*

ET L75 [...] *il y a rarement des ruptures violentes, plutôt des départs en douce. L161 Et puis je vous dis, il y a probablement des ruptures douces mais qui sont adoucies par le contexte dans lequel on travaille.*

Ou des ruptures dont le médecin n'a pas conscience, évoquées par le médecin P :

EP L173 *Justement j'allais dire, peut-être qu'il y a des ruptures dont on n'a pas conscience en fait en tant que médecin. Des ruptures que le patient considère être une rupture et que le médecin, peut-être dans l'afflux de ses consultations ou dans ses certitudes, se dit : « Ah c'est bien, on a bien communiqué, j'ai bien fait entendre la raison du soin. »*

3.6.2.3. Départ exagéré

Les médecins I et N parlent de départs incompris car abusifs :

EI L159 *On se dit « Ah ben tiens il a quitté le cabinet. Pourquoi ? Pour qui ? Pourquoi ? » On sait pas. [...] Mais finalement je me rends compte, pour les patients pour qui j'ai su, en général c'est vraiment des broutilles quoi.*

EN L285 *On sait par exemple qu'il y a des gens qui changent de médecin tout simplement parce qu'ils arrivent pas à se stationner devant leur cabinet. Ça je l'ai entendu 6 ou 7 fois.*

3.6.2.4. Connaître le motif du départ

Les médecins I et N aimeraient connaître le motif du départ du patient dans le but de progresser :

EI L160 *C'est vrai que des fois j'aimerais bien savoir parce qu'au moins... Savoir si j'ai fait une erreur. Pour pas la refaire. L253 [...] j'aurais bien aimé le savoir quand je me suis trompée, parce que c'est comme ça aussi qu'on progresse, c'est avec les erreurs qu'on progresse ;*

EN L143 *On aimerait, dans une médecine idéale, on aimerait que nos patients qui changent de médecins nous disent : « Ben voilà j'ai changé de médecin parce que ci et ça. » Ça nous permettrait peut-être de nous faire évoluer et de nous faire progresser.*

Quant à lui, le médecin T a peur de savoir :

ET L132 *Je cherche pas à savoir à vrai dire. Alors si je cherche pas à savoir, c'est parce que peut-être je me l'interdis un petit peu sur le plan éthique. Et puis peut-être parce que j'ai un peu peur. (rires) Voilà.*

En effet, le thème de la peur de l'erreur revient chez quelques médecins : (C, E, H et S)

EC L67 *C'est des choses qui nous posent soucis à nous, en tant que médecin. C'est qu'on a toujours peur de se tromper, de dire oui peut-être que j'aurais dû...*

EE L90 *Quand un patient décide de changer de médecin, enfin pour ma part à moi, c'est... J'ai toujours peur d'avoir... de pas avoir été à la hauteur, d'avoir fait une erreur diagnostique, d'avoir fait une erreur médicale ou qu'il y ait eu un problème relationnel.*

EH L129 *Alors là je pense, l'angoisse du médecin c'est de passer à côté d'un cancer d'un truc comme ça. Quand on fait le diagnostic d'un cancer, on se dit toujours pourquoi on ne l'a pas trouvé tout de suite ? Pourquoi on ne l'a pas trouvé avant ? Moi je me pose toujours cette question.*

ES L43 *Moi j'ai toujours l'angoisse de faire des erreurs, de passer à côté de quelque chose.*

3.6.3. Les ruptures attendues mais qui n'arrivent pas

Parfois les médecins s'attendent à voir partir des patients, des départs qui semblent annoncés mais qui n'arrivent pas. C'est ce qu'explique les médecins K, N,O, S et T :

- Quand la relation est conflictuelle (K, O et S)

EK L217 *Et 15 jours après revoir les gens revenir comme ci de rien n'était. Moi j'étais scié. Je me dis mais comment ils font ? Parce que du coup j'étais un petit peu crispé, un peu mal à l'aise. Parce que j'avais eu par exemple des reproches fondés ou pas fondés. C'est pas le fait d'avoir des reproches mais je sais pas quelque chose qui m'était vraiment resté en travers de la gorge. [...] Et puis ils reviennent. Ça se passe pas bien et ils reviennent.*

EO L62 *J'en ai un je ne sais toujours pas pourquoi, il vient toujours me voir mais il fait jamais ce que je veux. Alors à chaque fois je me dispute avec lui mais il vient toujours.*

ES L201 *Il y en a un en ce moment que je voudrais virer. C'est un dernier exemple. Il est extrêmement pénible. [...] On est obligé de tout négocier. Tout. Tous les médicaments, tout. Et il veut rien prendre. Et il vient se plaindre. Et à chaque fois sa femme est là pour modérer les choses parce qu'on s'engueule. Et vraiment on s'engueule. Et je sais pas pourquoi, il continue à venir me voir.*

- Après une erreur médicale (N et T)

EN L280 (Parle d'une erreur de diagnostic concernant un cancer du sein chez une jeune femme) *j'ai fait une erreur diagnostique, la plus grave de ma carrière. (rires nerveux) [...] Donc c'est compliqué à comprendre une rupture. Ça prouve qu'on peut faire une erreur diagnostique énorme, parce que là c'était énorme et il y a pas eu de rupture. [...] Elle ne m'a pas quitté.*

ET L158 *Et puis vraiment la famille continue à me voir, sans aucun reproche. Alors que vraiment là, je m'étais interrogé sur ma démarche diagnostique. Donc on est parfois surpris en fait. On s'attend parfois à des ruptures et puis elles ne viennent pas.*

Le médecin L exprime le décalage qu'il peut y avoir entre les perceptions du médecin et celles du patient :

EL L129 *Parce que finalement il y a des fois, on a l'impression de pas avoir été au top avec quelqu'un et finalement il est extrêmement reconnaissant. Et avec d'autres, on donne énormément et finalement il y a pas de reconnaissance. La reconnaissance qu'on aurait attendu.*

3.6.4. Des ruptures rares

De nombreux médecins affirment que la rupture n'est pas fréquente :

EA L104 *Mais c'est quand même assez rare qu'on soit vraiment en rupture quoi.*

EC L90 *Euh... Oh en quinze ans j'ai du avoir 2 autres... 2 ou 3 autres ruptures c'est tout.*

ED L140 *Les cas de rupture sont rares quand même.*

EN L290 *Donc oui ça m'est arrivé, je sais pas, une dizaine de fois.*

EO L112 *Des vrais ruptures, des gens que... pas tant que ça non.*

EP L161 *J'avoue sans prétention que c'est quelque chose qui est plutôt rare. C'est plutôt rare finalement les ruptures très marquées comme ça.*

EQ L82 *Ça arrive de temps en temps. Mais pas si souvent que ça.*

Elle le serait encore moins en milieu rural ou quand le choix du médecin traitant est restreint, c'est ce qu'expliquent les médecins K et T :

EK L484 *En fait la rupture médecin-malade, dans un cabinet de médecine générale, elle est peu fréquente. Encore moins fréquente dans les campagnes isolées où ils ont moins le choix. Mais elle n'est pas si fréquente que ça.*

ET L139 : *C'est rare. Alors est-ce que c'est rare par crise de la démographie médicale et parce que les gens ont finalement peu de latitude pour avoir la certitude de trouver un médecin traitant quand ils ont quitté le leur ?*

3.6.5. Les ruptures initiées par le médecin

3.6.5.1. En dernier recours

Les médecins G et H déclarent initier la rupture quand la situation semble être intolérable ou compliquée. Il s'agit d'une incapacité à poursuivre la relation:

EG L307 *Il y a un patient à qui j'ai donné un jour son dossier en disant : « Je refuse de continuer à vous soigner dans ces conditions. » Donc là c'est moi. [...] C'est arrivé deux fois en 21 ans que j'ai vraiment pris les devants.*

EG L332 *« Maintenant stop c'est bon. Là je suis plus capable d'être votre médecin. » Mais j'ai pas eu l'impression de l'initier en tant que tel parce que en face il y a avait de quoi... On sentait que la*

tension montait.

EH L04 *Il m'est arrivé de dire à une dame [...] que je préfère qu'on arrête là, que je ne voulais plus être son médecin traitant parce qu'elle me fatiguait ! Dans ses questionnements. Et que je ne voulais plus répondre à ses questions. L106 Quand je vois que la relation est difficile, je lui demande de ne plus être son médecin traitant. C'est exceptionnel ça par rapport au nombre de personnes qui quittent leur médecin.*

Le médecin F déclare initier le plus souvent les ruptures avec ses patients :

EF L73 *Je leur dis que je ne suis plus le bon médecin pour eux. Quand c'est moi qui ne veut plus les voir, ce qui est quand même plus souvent le cas. C'est rare qu'un patient... Il y a ce monsieur là et cette dame là qui m'ont dit voilà. Mais c'est plutôt moi hein.*

Plusieurs médecins déclarent ne pas prendre la décision de mettre fin à la relation.

- Devant une situation difficile (E, N et S)

EE L140 *Jamais. J'ai souhaité en initier mais ça je ne l'ai jamais fait. Je l'ai souhaité parce qu'il y a des patients insupportables. Quand on aimerait bien qu'ils nous quittent ! (rires) Mais ils viennent toujours ceux là !*

EN L85 *Moi j'ai du mal à faire ce premier pas souvent, j'ai du mal, parce que souvent c'est des gens déjà eux-même en souffrance. Et je me dis que là on leur rajoute un peu de souffrance. Pour le moment je fais encore le choix... Je préfère que ça soit le patient qui de lui-même se rende compte que la relation n'est pas de qualité, qu'on n'avance plus et à un moment, qu'il faut qu'ils aillent ailleurs.*

ES L207 *Alors, on m'a toujours dit, quand tu as des patients avec qui, comment dire... 1 % des patients vont pourrir ta vie quoi. Donc quand tu as des patients qui t'embêtent, il faut les virer. Pour l'instant j'ai pas fait. Mais lui j'aimerais bien.*

- Face à un sentiment d'impuissance dans la prise en charge médicale (T)

ET L82 *Me dire avec un patient, un moment donné, dans une impasse, j'ai plus de mal. Donc peut-être que je le fais un peu autrement et que je laisse quelques fois sans doute oui, s'éterniser des situations même quand j'ai l'impression de ne plus rien faire quoi.*

3.6.5.2. Procédure

Comme vu précédemment, la rupture est le plus souvent orale et imposée au patient. Le dossier est disponible sur demande, parfois donné d'emblée ou transmis au nouveau médecin :

EF L75 *Je leur redonne leur dossier en leur disant : « Je ne suis plus le bon médecin pour vous, je vous donne votre dossier. » Je leur donne leur dossier.*

ES L148 *Je dis : « Votre dossier est disponible, vous choisissez qui vous voulez. Et après moi je vous donne le dossier ou on le transmet. »*

Les médecins G, L et S ont pu mettre fin à la relation de manière indirecte, par écrit :

EG L312 *Et j'ai pris un papier, un crayon, j'ai fait un courrier en lui disant : « Non je m'arrête. Suite à la consultation, je ne souhaite plus continuer à te prendre en charge. »*

EL L53 *Non, j'avais mis dans mon courrier qu'ils avaient le choix, que moi je... Je sais plus comment j'avais tourné ça, mais que je n'étais plus en capacité d'avoir un accompagnement et un suivi correct et qu'il y avait des médecins... Je pense que j'avais mis des noms de médecins qu'ils avaient autour de chez eux, enfin je me souviens de ça. Qu'il y avait d'autres médecins traitants.*

Le médecin G dit toujours assurer au patient la continuité des soins :

EG L314 *« Je reste à ta disposition jusqu'à ce que tu aies trouvé un nouveau médecin traitant. Je te remettrai ton dossier à cette occasion. [...] Je te verrais en urgence si tu as besoin mais je ne souhaite pas continuer parce que la relation ne me paraît pas saine et c'est moi qui prends la décision de la rupture. »*

Ce qui n'était pas verbalisé par les autres médecins interrogés.

3.6.6. L'appréhension de voir un patient qui a déjà « rompu »

Les médecins G et F évoquent l'appréhension de voir un patient qui a déjà rompu avec un médecin dans un contexte conflictuel :

EG L343 *Ce qu'on voit souvent aujourd'hui, parce qu'il faut pas oublier que s'il y a des patients qui nous quittent pour aller autre part, il y a aussi des gens qui quittent autre part pour venir chez nous. Et ça aussi c'est un moment quelquefois difficile, de savoir que des patients qui ont rompu*

brutalement avec leur médecin traitant viennent nous voir nous. Alors qu'on sait ce qui s'est passé, enfin on sait ce qui s'est passé, on imagine puisqu'on le vit nous au quotidien.

EF L9 Déjà quand les gens se fâchent avec leur médecin, je trouve que bon voilà, ça dit que la relation va pas forcément être très facile. Parce que pour se fâcher avec son médecin, quand même, c'est compliqué hein.

Les médecins B, F, K et T évoquent le regret de patients après leur départ :

EB L95 Et d'ailleurs elle a dû s'en vouloir parce que 1 ou 2 mois après, elle a rappelé la secrétaire en disant : « Est-ce qu'il ne voudrait pas me reprendre ? »

EF L58 Là c'était plutôt drôle parce que pendant 2 ans elle a rappelé pour que je la reprenne (rires).

ET L31 Paradoxalement, quand ce monsieur est mort, la patiente qui avait entre temps changé de médecin, mais on ne sait pas si c'était sous l'influence de son mari ou de sa propre initiative, avait demandé à me revoir. Moi j'étais pas disposé à la revoir dans ce contexte là.

Mais avec le risque d'une deuxième rupture :

EK L489 Moi je sais que j'ai vu revenir 1 ou 2 patients, en général après on les revoit plus, qui me disent : « Vous savez j'aurais pas dû. Vous savez je voudrais bien retourner chez vous. » « Bon ben si vous voulez vraiment. » Alors soit ça marche, soit ça marche pas. C'est à dire que s'ils reviennent et que au bout de quelques mois ils ont de nouveau les même griefs, ils vont repartir. Mais des fois ça marche.

3.6.7. Les réflexions sur l'évolution de la relation médecin-patient

3.6.7.1. Évolution de la société

Un thème récurrent est l'évolution de la société entraînant des changements dans la relation médecin-patient. C'est ce qu'expriment les médecins C et G :

EC L14 Mais probablement parce qu'il y a un changement de la société qui fait que, à mon sens, ça va trop vite. Il y a un changement des habitudes et des médecins et des patients et de l'hôpital et de tout...

EG L408 Donc on est aussi un peu victime de cette société où tout va vite. Alors qu'il faut du temps

pour prendre en charge des gens qui vont pas bien.

Cette évolution aurait entraîné :

- Des patients plus exigeants (C, G, I et K)

EC L99 *Et puis autrement... on souffre un peu plus... c'est d'avoir... (silence) des gens quand même qui sont de plus en plus demandeurs, tatillons, il faut leur répondre dans l'immédiateté, une exigence autre des patients qu'elle était il y a vingt ans quand j'ai commencé à exercer.*

EG L98 *Et puis il y a quelquefois des gens qui considèrent qu'un médecin ça doit être à disposition, au claquement de doigt (claque des doigts) il réagit, il doit toujours dire oui, il doit toujours avoir le sourire. Et je reconnais que plus je prends de l'âge, moins j'arrive à fonctionner comme ça. Donc avant j'épongeais, j'épongeais, j'épongeais. Aujourd'hui j'éponge plus.*

EI L304 *Et si on ne le fait pas, les gens ne sont pas contents. Alors ils vont pas tous nous quitter mais ils vont dire « oui mais... na na na. » Ils nous mettent vraiment une pression. C'est là où ça devient vraiment difficile.*

EK L292 *J'ai du mal avec des patients beaucoup trop exigeants. Et beaucoup trop exigeants pour des problèmes d'organisation.*

- Un manque de reconnaissance (C, G, et K)

EC L83 *On s'investit, on programme des hospitalisations, on discute avec les collègues... Et c'est long tout ça. C'est long et c'est en dehors de la consultation. Ce temps ils n'en ont pas conscience d'ailleurs, les patients. Donc ça demande beaucoup d'investissement*

EG L137 *Donc cette absence de reconnaissance qui s'amplifie par rapport à... Moi j'ai commencé ma carrière il y a 25 ans comme remplaçant. Ça, ça s'est vraiment beaucoup amplifié. Il n'y a plus de reconnaissance du tout.*

EK L505 *C'est un peu douloureux de pas avoir de reconnaissance surtout dans une société où on a déjà très peu de reconnaissance, il faut le reconnaître.*

- Un manque de respect (I)

EI L129 *Ça on l'a de moins en moins alors c'est pas la majorité des patients mais c'est une constatation. [...] Mais ça, par exemple les rendez-vous non honorés, ça c'est assez fréquent et les gens ne nous appellent pas.*

- Des relations consuméristes (G et I)

EG L136 *Il pense que ce qu'on lui donne c'est normal et que lui il a pas de devoir par rapport à ça. On est dans le cadre d'un service. Il paye, il a un service point. L143 Et puis d'un autre côté, il y a des gens qui sont des consommateurs pur sucre et c'est très dur à vivre quand on a ma formation et la façon dont je me suis comporté avec ma patientèle depuis 21 ans.*

EI L35 *c'est une société de consommation donc ça se reflète beaucoup dans le cabinet médical. Effectivement on vient chercher une ordonnance, une prescription, un conseil bon un peu mais voilà. Et le jour où on n'obtient pas ce qu'on veut en fait, on va changer de magasin. L309 Il y a vraiment beaucoup de demandes comme si en fait ils venaient vers un distributeur quoi !*

- Une sur-médiatisation qui fragilise la confiance (D, G et K)

ED L123 *Parce qu'on a quand même beaucoup de problèmes de "non confiance" des gens par rapport à tout un tas d'informations qui circulent. Les gens arrivent en consultation maintenant « j'ai ça docteur » il y a l'impression de la feuille internet et puis tac!*

EG L407 *Il faut juste que les patients arrêtent de penser que tout est urgent parce qu'ils ont lu sur internet que...*

EK L476 *Il y en a beaucoup qui arrivent, ils ont regardé sur internet, ils ont ci, ils ont ça. Ou dès qu'ils sortent, ils vont sur internet. Il faut aussi que j'ai confiance dans mes malades, qu'ils n'aillent pas regarder tout et n'importe quoi.*

3.6.7.2. Évolution du métier de médecin

Le médecin G parle de l'évolution du métier de médecin avec :

- L'apparition de contraintes pesantes

EG L424 *Donc peut-être que la médecine est victime de tout ce qu'on rajoute sur notre dos aujourd'hui : l'administratif, les pressions, la prime de la sécu, les paperasses et qu'à un moment donné et ben le médecin, il a plus toute la disponibilité pour des choses qui se faisaient peut-être plus classiquement avant.*

- L'émergence d'un métier à risque

EG L381 *C'est à dire qu'on devient une profession à risque comme l'était les policiers ou les gens de chez Renault ou de France télécom quoi. Donc ça signifie qu'il y a cette espèce de pression permanente qui est sur le médecin aujourd'hui qui fait que peut-être aussi qu'on voit passer des*

choses. On voit passer des médecins jeunes qui se suicident, des médecins jeunes qui décèdent d'infarctus ou qui sont malades, qui se droguent – On a eu ça ici – ou qui s'alcoolisent. Et donc on voit bien que cette pression là, elle vient de la vie de tous les jours.

3.6.8. Résumé et analyse conceptuelle

La rupture de la relation médecin-patient est peu fréquente.

- ▶ Comme vu précédemment, il y a des ruptures que le médecin comprend et d'autres qu'il ne comprend pas, car sans explication ou perçues comme abusives. Certains médecins voudraient parfois connaître le motif mais peuvent avoir peur d'un éventuel reproche concernant une erreur médicale.
- ▶ Il y a aussi des ruptures auxquelles le médecin s'attend mais qui n'arrivent pas.
- ▶ Les médecins peuvent mettre fin à la relation quand ils sont dans l'incapacité de poursuivre la relation. Dans ce cas, la rupture est souvent orale et imposée.
- ▶ Les patients peuvent regretter la rupture, mais l'appréhension du médecin de revivre les mêmes difficultés n'assure pas leurs retours.
- ▶ Certains médecins plus âgés semblent souffrir d'une modification de l'exercice médical. L'évolution de la société, la sur-médiatisation rendent les patients plus exigeants, fragilisent la confiance envers le médecin et entraînent des relations de type « prescripteur-consommateur ».

Nous pouvons faire l'hypothèse que la rupture est rare et parfois incomprise. Elle reste une mesure de dernier recours pour le médecin. Elle semblerait être favorisée par le contexte social actuel qui entraînerait des insatisfactions grandissantes des deux parties.

3.7. Analyse conceptuelle

Dans un essai de typologie, quatre types de situations de rupture en lien avec le vécu du médecin apparaissent :

- La rupture incomprise :

La relation avant la rupture est longue et souvent de bonne qualité. Le patient n'a pas de gros soucis de santé et semble satisfait de sa prise en charge. Le médecin éprouve de la sympathie à son égard et il pense avoir fait ce qu'il fallait pour lui. C'est le patient qui initie la rupture ou celle-ci vient ponctuer une dispute. Si le motif du départ est parfois jugé exagéré ou futile par le médecin, il n'est pas toujours connu mais renvoie à la question d'un éventuel reproche du patient. La rupture peut être vécue comme une déception face au départ d'un patient qu'il n'imaginait pas partir.

- La rupture douloureuse :

Il s'agit d'un médecin particulièrement investi dans la relation avec le patient. Soit en terme d'écoute et de disponibilité parce que le profil du patient ou la situation médicale l'impose, soit parce que le médecin est particulièrement impliqué émotionnellement dans la relation. C'est le patient souvent qui initie la rupture. Elle est vécue par le médecin comme violente et brutale. Il regrette alors le manque de reconnaissance et peut exprimer un sentiment d'injustice et de trahison. Il se sent blessé, en échec, exprime de la culpabilité ou le sentiment d'être déshumanisé.

- La rupture apaisante :

Il s'agit d'une relation plus ou moins longue, particulièrement envahissante et épuisante. Les patients concernés sont dits « difficiles » ayant des troubles de la personnalité et/ou des pathologies psychiatriques. La rupture est initiée par le patient insatisfait et frustré, quand le médecin n'a pas répondu à une demande impérieuse de sa part. Elle est également initiée par le médecin qui met alors un terme à une situation stressante et éprouvante. Dans cette situation, la rupture est vécue comme un véritable soulagement.

- La rupture détachée :

La relation semble peu investie par le médecin soit parce qu'elle n'est pas installée ou parce qu'il y a une sorte de malaise chez le médecin. L'alliance entre le médecin et le patient ne se fait pas. Cela peut concerner entre autre les jeunes médecins. La relation n'est pas satisfaisante pour l'un mais sûrement pour l'autre aussi. La rupture est donc initiée par le patient ou le médecin. Si elle est à l'initiative du patient, elle est facilement acceptée car attendue. Elle est vécue simplement, aussi et sûrement grâce à un détachement forcé par les années d'expérience.

IV. DISCUSSION

1. Discussion de la méthode

1.1. Le choix du qualitatif

Notre question de recherche nous a orienté préférentiellement vers la méthode qualitative. Elle permet d'étudier des phénomènes complexes dans leur contexte naturel ⁽⁴⁹⁾, sans objectif d'explication causale. En médecine, elle est à priori pertinente pour l'étude des processus relationnels associés aux soins ⁽⁴⁹⁾. Elle s'intéresse davantage à la diversité des comportements singuliers qu'à leur fréquence ⁽⁴⁶⁾.

Comme l'expriment L. Côte et J. Turgeon, « *La recherche qualitative se caractérise aussi par le rôle qu'elle attribue au chercheur, c'est-à-dire le type de proximité qu'il entretient avec le milieu et les participants à l'étude. La théorie qualitative remet en question la notion d'objectivité parce qu'elle soutient le fait que tout chercheur a ses propres intentions qui l'amènent à faire telle recherche plutôt que telle autre. Ainsi, aucune situation de recherche n'est totalement « neutre » et elle est toujours interprétée par le chercheur à partir de sa perception des résultats, chiffrés ou non* » ⁽⁴⁹⁾. À la différence d'une étude quantitative, le chercheur est amené à travailler « avec » les participants ⁽⁴⁹⁾. Dans un article qualitatif, on doit pouvoir se représenter le lien chercheur-milieu car l'un et l'autre s'influencent inévitablement ⁽⁴⁹⁾. Ainsi dans le cadre d'une enquête par entretien, l'enquêteur lui-même peut être inducteur de biais potentiels car « son rôle » peut influencer le recueil et l'analyse des données ⁽⁴⁹⁾.

Pour cette enquête, notre objectif était d'extraire des schémas d'intelligibilité et de dégager des hypothèses explicatives. Ce travail ne peut se soustraire à l'expérience médicale de l'auteur. C'est un fait inhérent à ce type d'étude ⁽⁴⁴⁾.

1.2. Le recrutement

Le but était de réunir un échantillon de médecins le plus diversifié possible, aux caractéristiques socio-démographiques variées (âge, sexe, lieu et ancienneté d'exercice). En effet, l'objectif n'est pas la représentativité de la population mais la recherche de leur significativité sociale ⁽⁴⁶⁾.

La méthode de proche en proche a été choisie pour maximiser l'acceptation des entretiens ⁽⁴⁵⁾ sur un sujet à priori difficile à aborder. L'influence du médecin entremetteur a pu entraîner un biais de censure ⁽⁴⁵⁾. L'approche directe, également utilisée, a l'avantage d'être neutre dans la mesure où elle n'est pas médiatisée par une tierce personne ⁽⁴⁵⁾.

Le motif de refus pour participer à l'enquête était principalement le manque de temps ou le fait de ne rien avoir à dire sur le sujet. La plupart du temps le motif de refus n'était pas donné. Ces refus peuvent être indépendants de l'enquête mais non aléatoires. Si les refus sont liés au thème de l'enquête, ils ne sont pas toujours contrôlables, mais ils sont plus faciles à interpréter ⁽⁴⁵⁾.

Recruter des jeunes médecins a pu amener à interroger des médecins remplaçants. Ils avaient peu de relations établies avec les patients et une petite expérience professionnelle. Ils pouvaient être limités pour raconter des expériences de rupture de la relation. Les entretiens étaient souvent de plus courtes durées.

Recruter des maîtres de stage universitaires nous a paru intéressant dans l'hypothèse qu'ils soient particulièrement sensibles à notre démarche.

1.3. Le recueil des données

La méthode par entretiens semi-directifs a été retenue car elle incite l'enquêté à se livrer. Elle permet d'aborder des sujets parfois délicats en garantissant l'anonymat des

confidences ⁽⁴⁵⁾. C'est « *l'instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal* » ⁽⁴⁵⁾. Elle permet d'analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques ⁽⁴⁵⁾. La « *valeur heuristique* » de l'entretien tient au fait qu'il saisisse la représentation des faits expérimentés dans leur contexte et qu'il l'inscrive dans un réseau de signification ⁽⁴⁵⁾.

L'enquêtrice devait écouter les médecins mais aussi les faire parler librement sur le thème donné en adoptant une « *neutralité bienveillante* » ⁽⁴⁵⁾.

L'utilisation d'un guide d'entretien permettait de garder une trame de questions communes à tous les entretiens, sans omettre les sujets importants à aborder ⁽⁴⁶⁾.

Le lieu de l'entretien était choisi par le médecin. Il s'agissait soit du bureau médical ou du domicile permettant ainsi de favoriser l'intimité et d'atténuer la gêne liée à l'environnement. Quelques fois le discours était interrompu par des appels téléphoniques au cabinet médical.

Les données furent enregistrées sur dictaphone numérique. Cette méthode permet de capter la parole de l'interviewé dans son intégralité et dans toutes ses dimensions ⁽⁴⁷⁾. De plus l'enquêtrice pouvait avoir une écoute active. Les enregistrements étaient de bonne qualité et permettaient une retranscription fidèle du propos.

1.4. L'information délivrée par les médecins

Le médecin a pu être amené à évoquer des événements lointains bien que la consigne initiale était de raconter une expérience de rupture récente. Ainsi, le chercheur se trouve confronté au risque du biais de mémorisation, le médecin pouvant avoir oublié des faits, en occulter certains, ou même en transformer d'autres. Des médecins ont pu déformer, intentionnellement ou non, la réalité pour chercher à donner la meilleure image d'eux-mêmes ⁽⁴⁷⁾. L'évocation de situations désagréables ou dévalorisantes peut les avoir gênés ⁽⁴⁵⁾. Afin d'atténuer ce biais de désirabilité sociale, la garantie de l'anonymat était rappelée en début d'entretien.

Par ailleurs, ces biais de sélection d'informations sont inhérents à ce type d'étude et la tonalité subjective qui est donnée au récit est elle-même porteuse d'informations.

1.5. L'analyse

Ce travail a été effectué à partir de la retranscription littérale du verbatim qui incluait les aspects non-verbaux ⁽⁴³⁾.

Une analyse thématique a été réalisée. Il s'agit d'utiliser des dénominations que l'on appelle des « *thèmes* », pour résumer et traiter le corpus ⁽⁴⁴⁾. Cette méthode permet la recherche d'une cohérence thématique inter-entretiens ⁽⁴⁵⁾. Puis une synthèse, à la fois verticale et horizontale des thèmes, donne lieu à l'élaboration de typologies ⁽⁴⁵⁾.

Le codage descriptif a été réalisé à la fin de l'ensemble des entretiens ⁽⁴³⁾. Nous n'avons utilisé le support papier qui constitue le moyen traditionnel et le plus flexible ⁽⁴⁴⁾. Le codage était linéaire pour ne pas omettre de thèmes et pour pouvoir rendre compte de la quasi-totalité du corpus ⁽⁴⁵⁾. Nous avons suivi une démarche par thématisation continue plutôt que séquentielle dans le but d'une analyse plus riche et plus fine du corpus ⁽⁴⁴⁾.

Nous avons réalisé le codage intégralement. Quelques entretiens ont été travaillés avec le codirecteur de thèse sans toutefois effectuer une triangulation comme cela est habituellement préconisé pour renforcer la validité interne ⁽⁴³⁾.

1.6. Points faibles et difficultés rencontrées

1.6.1. Les entretiens semi-directifs

La réalisation des entretiens semi-directifs était pour l'enquêtrice une première expérience initialement vécue avec appréhension et doute mais en même temps avec envie

et curiosité. La réalisation de deux pré-entretiens a permis de s'entraîner et d'affiner la technique d'interview ⁽⁴⁶⁾.

L'expérience limitée de l'investigatrice a pu perturber la parole des personnes interrogées en ne laissant pas assez de silence, en posant des questions de relance pas toujours adaptées ou alors en ne posant pas de question de relance quand cela aurait été nécessaire. Emporté par le flux de paroles, il n'est pas toujours aisé de rebondir. Ce type d'entretien nécessite une certaine souplesse de l'interviewer, sans toutefois dériver vers une conversation informelle. Nous avons dû parfois recentrer le propos autour du sujet.

Dans l'entretien, l'interaction entre les deux personnes peut faire émerger des émotions chez l'enquêteur. Ce face à face peut parfois mettre à mal la neutralité qu'il doit adopter. Comme le dit JB Legavre « *L'enquêteur n'est pas gommé et la neutralité de l'enquêteur est une illusion* » ⁽⁵⁰⁾.

Au fil des entretiens, nous étions plus à l'aise avec cet exercice, ce qui a facilité la fluidité des entretiens.

1.6.2. Sujet peu étudié dans la littérature

Peu de données existent actuellement dans la littérature concernant notre sujet d'étude, ce qui a pu nous mettre en difficulté pour discuter les résultats.

Une revue systématique de la littérature nous a fourni des données. Celles-ci ont été complétées par de la littérature grise. Néanmoins, il est probable que la liste des données recueillies ne soit pas exhaustive.

Le guide d'entretien a été réalisé sur des idées de départ intuitives mais faiblement argumentées, il a pu être modifié au début de l'enquête. Avec le recul, il aurait été intéressant d'explorer de manière plus approfondie le profil des médecins (le rythme de travail et le contexte familial par exemple). Cela aurait pu nous apporter des informations utiles à la compréhension de leurs modes de fonctionnement et du contexte.

1.7. Points forts

1.7.1. Originalité du sujet

C'est un sujet sensible, peu ou non exploré en France, éthiquement, professionnellement et humainement délicat.

Il permet une approche psycho-sociale de la médecine pour une meilleure compréhension des rapports humains dans la relation de soins.

1.7.2. Présentation de l'enquêteur

Se présenter en tant que jeune et future médecin généraliste a pu susciter chez le médecin l'envie de faire partager son expérience. Le peu de distance sociale entre enquêteur et enquêté a pu faciliter le recrutement ⁽⁴⁵⁾ et aussi permettre une parole plus libre et spontanée, présument une possible connivence de l'interviewer. Mais de manière paradoxale, cela a pu entraîner une certaine inhibition par la crainte d'être jugé.

1.7.3. Motivation et intérêt des médecins

Les médecins ayant accepté de participer à l'étude étaient dans l'ensemble très intéressés et motivés pour s'exprimer sur le sujet proposé, ce qui était souvent verbalisé explicitement. En effet, plusieurs médecins nous ont dit qu'ils trouvaient le sujet original et intéressant dont le médecin I, « *je trouve que c'est un thème assez intéressant qui n'est pas souvent évoqué. [...] c'est une autre dimension de la médecine quoi, mais qui est pourtant tellement importante pour pouvoir bien travailler.* » De plus, le médecin G nous a dit qu'il trouvait l'entretien très utile car ainsi il pouvait faire une sorte de « *psychothérapie* » avec nous. Notons que « *l'analyse des motifs d'acceptation des entretiens et des bénéfices qu'en retirent les enquêtés montre que ceux-ci sont d'autant plus grands que le sujet traité est à la fois traumatique et peu abordé dans l'entourage immédiat de l'interviewé* » ⁽⁴⁵⁾.

2. Discussion des résultats

2.1. Des facteurs de risque de rupture ?

2.1.1. Les médecins

2.1.1.1. Critères démographiques

L'échantillon des médecins interrogés était varié. Notons que ni l'âge ni le sexe des médecins ne sont associés à l'initiative de la rupture ⁽³⁹⁾. Toutefois les femmes auraient moins de conflits avec leurs patients ⁽²⁹⁾.

Les ruptures étaient estimées peu fréquentes en milieu rural ou quand le choix du médecin traitant était restreint. La disparité géographique des médecins avec la « désertification » des espaces ruraux limite l'accès aux soins des patients ⁽⁵¹⁾. Cela peut dissuader un patient de quitter son médecin, dans la crainte de ne pas trouver un autre médecin traitant dans les environs proches. Selon une étude irlandaise, les médecins exerçant en ville sont plus susceptibles de retirer des patients de leur liste ⁽³⁹⁾. À noter que 82 % des agressions se produisent en milieu urbain ⁽²¹⁾. Un autre facteur qui serait à prendre en compte est la taille du cabinet, plus les médecins seraient peu nombreux ou seuls, plus ils seraient susceptibles de mettre fin à la relation ⁽³⁹⁾. Dans notre étude les médecins étaient quasiment tous en association, la moitié d'entre eux avait 1 seul associé, 1 médecin exerçait seul. Ces données sont issues de la littérature anglo-saxonne, les pratiques des médecins anglo-saxons diffèrent de celles des médecins français, l'extrapolation doit être prudente.

2.1.1.2. Contexte

Les médecins évoquaient parfois un stress et un surmenage professionnel. Or la difficile gestion du temps peut favoriser les conflits ⁽⁵²⁾. Le manque de temps est souvent cité comme source d'insatisfaction des médecins ⁽¹⁶⁾. Le stress peut entraîner une baisse de la

qualité des soins (dans 50 % des cas), des manifestations d'irritabilité (40 %), des erreurs médicales et des prises en charge inadaptées, c'est-à-dire des conséquences directes pour le patient sur la qualité des soins ⁽⁵³⁾.

Trois médecins affirmaient avoir déjà eu un épuisement professionnel. Le burn-out frappe près de 4 médecins sur 10 en France ⁽⁵⁴⁾. C. Maslach et S. Jackson définissent le burn-out comme un épuisement émotionnel, une réduction de l'accomplissement personnel, une tendance à dépersonnaliser ses patients ⁽⁵⁵⁾. Les conséquences sont souvent le déni de la part du médecin concerné, des conduites à risques (consommation excessive d'alcool, prise de psychotrope) et parfois le suicide ⁽⁵⁵⁾.

Les problèmes personnels étaient peu évoqués, peut-être sous-déclarés du fait d'éventuelles réserves des enquêtés, alors qu'ils peuvent influencer le médecin dans les soins ⁽⁵⁶⁾.

2.1.2. Les patients

2.1.2.1. Critères socio-démographiques

La majorité des patients concernés étaient des femmes ce qui se retrouve dans la littérature et notamment celle relative au « patient difficile ⁽⁵⁷⁾. Il existe une prédominance féminine dans la tendance à changer de médecin ⁽³⁷⁾. Mais les femmes représentent 55 % des consultations en médecine générale ⁽⁵⁸⁾. De même, la moyenne d'âge était de 60 ans, or c'est entre 45 et 70 ans que les patients consultent le plus les médecins généralistes ⁽⁵⁸⁾.

De nombreuses catégories socio-professionnelles étaient représentées, notamment les classes moyennes et populaires, avec une large majorité de patients inactifs professionnellement (sans emplois, retraités). Une observation systématique de consultations en médecine générale retrouvait une proportion majoritaire d'employés, d'ouvriers et d'inactifs parmi les patients avec qui des reproches étaient échangés ⁽²⁸⁾. Par ailleurs, les demandes jugées « non fondées » par les médecins concerneraient les patients inactifs dans près d'un cas sur deux ⁽⁵⁹⁾. Il existerait une sur-représentation à la fois de personnes en situation précaire et de personnes à haut niveau d'étude dans la tendance à changer de médecin ⁽³⁷⁾. Or cette dernière catégorie était peu représentée dans notre étude.

2.1.2.2. Pathologies

La plupart des patients concernés avaient un suivi médical régulier pour des pathologies chroniques, ce qui représente 42 % des consultations en médecine générale.

Les pathologies psychiatriques étaient fréquemment évoquées. Il s'agissait de troubles anxieux, de troubles de la personnalité, des états dépressifs et des troubles psychotiques avec conduites addictives. Selon une récente étude, la prévalence des troubles mentaux en médecine générale est de 17,6 % ⁽⁶⁰⁾. La prise en charge de ces pathologies est classiquement décrite comme difficile sur le plan relationnel ⁽³¹⁾. Elles comprennent des troubles névrotiques, des troubles psychosomatiques, des toxicomanies ⁽³²⁾, des troubles de la personnalité et des états dépressifs ^(31, 61). Certaines personnalités pathologiques comme les histrioniques, les obsessionnelles, les paranoïaques sont décrites comme particulièrement difficiles ⁽⁶²⁾. Les troubles psychiatriques augmenteraient le risque de conflit de part le déni de la maladie et le refus de traitement ⁽⁶¹⁾ et favoriseraient le passage à l'acte agressif.

Les pathologies cardio-vasculaires étaient également fréquemment mentionnées mais elles représentent le motif principal de consultation en médecine générale ⁽⁵⁸⁾.

Enfin, les patients âgés polyopathologiques étaient également concernés. Souvent dépendants, la relation duale faisait place à une relation tripartite incluant l'entourage du patient. Mais la présence du tiers n'est pas neutre, elle a de multiples répercussions sur la prise en charge, elle peut déséquilibrer la relation ⁽⁶³⁾ et causer la rupture dans notre étude.

Les autres patients décrits consultaient ponctuellement pour des pathologies aiguës bénignes.

2.1.3. Une relation médecin-patient fragilisée

2.1.3.1. Relation « difficile »

Certains patients étaient décrits comme autoritaires, revendicateurs et exigeants. D'autres comme dépendants, envahissants ou bien séducteurs et manipulateurs. On retrouve dans notre étude les quatre catégories de « patient difficile » décrites par J. Groves ⁽⁶⁴⁾ :

- Les patients « *crampons* » qui sont dépendants de leur médecin. Au début très reconnaissants parfois dans la flatterie et la séduction, ils deviennent de plus en plus envahissants et exigeants.
- Les « *ayants-droits* » qui ont des demandes médicales abusives. Ils utilisent la dévaluation et l'intimidation et font pression sur le médecin.
- Les « *manipulateurs* » qui rejettent toute proposition. Continuellement insatisfaits et pessimistes, ils remettent par exemple en cause les traitements qui ne fonctionnent jamais avec eux.
- Les « *autodestructeurs dans le déni* » qui peuvent être malveillant avec le médecin. Ils sont dans la négation de leur problème et feront tout pour mettre en échec les tentatives de prise en charge du médecin. Comme ce qui était le cas de la patiente de l'entretien L.

Comme on l'a vu précédemment, les patients pouvaient être décrits comme névrosés, anxieux, rigides et/ou ayant des personnalités pathologiques. M. Brillon, psychologue canadienne, explique que des patients ayant des troubles de la personnalité peuvent mettre à mal la relation et l'alliance avec le médecin ⁽⁶⁵⁾. Ils peuvent avoir des difficultés à faire confiance et accepter le traitement, ils peuvent développer un attachement fusionnel et exiger de lui des gratifications affectives ou au contraire refuser toute forme d'attachement et le tenir à distance ⁽⁶⁵⁾. Dans ces situations, le médecin ne serait pas toujours à l'aise ⁽⁶⁵⁾. Ce malaise ressenti était décrit par deux médecins dans notre étude.

Certains patients étaient représentés comme des patients nomades et infidèles à leur médecin. Ils avaient déjà changé de médecins, souvent pour des causes d'insatisfactions. Le « patient difficile » peut frapper à la porte suivante et le même scénario se déroulera ⁽³¹⁾. Ces patients auraient une relation particulière avec le corps médical ⁽¹⁸⁾. Quelques médecins évoquaient l'appréhension de voir en consultation un patient ayant déjà rompu avec un médecin dans un contexte conflictuel, ce qui pouvait supposer un caractère péjoratif de l'évolution de la relation .

2.1.3.2. Relation vulnérable

La plupart des relations décrites étaient des relations longues, de quelques années à plus de 10 ans. Cependant, patient inhabituel ou situation de remplacement étaient aussi présents dans les entretiens, la relation n'était pas installée dans le temps. La confiance et l'implication relationnelle du patient, mais aussi du médecin, pouvaient faire défaut. Cela concernait les jeunes médecins trentenaires qui avait moins de 10 ans d'ancienneté d'exercice. Notons que le jeune âge du médecin diminuerait la confiance du patient par un manque d'assurance perçu ⁽⁵²⁾. Toutefois, on peut facilement imaginer que ce type de relation concerne également des médecins plus âgés. Une des consignes initiales de l'entretien était de raconter une situation de rupture de la relation de préférence installée dans le temps, les jeunes médecins pouvaient donc être limités.

Ce qui pouvait être souligné, c'est l'absence d'alliance avec le patient, « *on n'avait pas encore créer le lien* ». L'alliance thérapeutique selon M. Vannotti serait « *la disposition du médecin et du patient à travailler ensemble sur un projet pour arriver à des buts communs* » ⁽⁴⁾. Elle repose sur un principe de solidarité ⁽⁶⁾. Cette absence d'alliance suppose une relation et un effet thérapeutique compromis.

Des événements indésirables pouvaient entacher la relation comme des aléas médicaux, des désaccords ou des non-dits semblant avoir altéré la confiance du patient et entraîné chez le médecin des préjugés négatifs sur l'évolution de la relation. En effet les désaccords entre médecin et patient ont des conséquences négatives pour les deux parties. Ils potentialisent le stress quotidien du médecin tandis que le patient insatisfait, a des résultats cliniques inférieurs à ceux escomptés ⁽²⁴⁾.

Un attachement du médecin pour le patient et l'implication émotionnelle du médecin dans la relation ont été évoqués. À l'inverse, des sentiments de méfiance ou des antipathies envers le patient ont été décrits.

Ainsi chaque partie a rencontré des difficultés au cours de la relation. Le patient est

insatisfait et frustré. Le médecin élabore des émotions négatives envers le patient. C'est la « *perte de la neutralité affective* »⁽⁵⁾ décrite par T. Stokes, qui est une étape vers la rupture.

La théorie psychanalytique montre que les transferts ou contre-transferts excessifs ou négatifs peuvent entraîner les deux partenaires dans une relation qui n'est pas satisfaisante et pour laquelle la rupture brutale devient la seule issue possible⁽³⁰⁾. Les médecins s'interrogent beaucoup sur ces aspects transférentiels⁽⁵²⁾. Les concepts de transfert et contre-transfert, se définissent par les réactions affectives conscientes et inconscientes qu'éprouvent le patient vis-à-vis du médecin, et réciproquement⁽³⁰⁾. Or cette théorie s'appliquerait uniquement à la relation analytique et elle semble discutable pour l'explication des relations médecins-patients en médecine générale.

Mais alors que les médecins s'attendaient parfois à une rupture, celle-ci n'arrivait pas : « *On est parfois surpris en fait. On s'attend parfois à des ruptures et puis elles ne viennent pas.* » Ils exprimaient le décalage qu'il peut y avoir entre leurs représentations de la relation et celles du patient.

2.1.3.3. Schéma d'explications sociales

Certains médecins exprimaient le regret d'une modification de leur exercice médical en lien avec l'évolution de la société. Celle-ci aurait entraîné une sur-médiatisation et des relations consuméristes fragilisant la relation thérapeutique. Ces constatations sont problématiques pour les médecins généralistes⁽⁵²⁾. Cela concernait des médecins de plus de 15 ans d'exercice, car les jeunes médecins semblent mieux accepter cette évolution⁽¹⁶⁾.

Les patients étaient décrits comme moins respectueux, moins reconnaissants et de plus en plus exigeants. En effet, si les patients ne remettent pas en cause les compétences du médecin, ils semblent devenir plus exigeants sur la qualité de la relation médecin-patient et attendent surtout de la disponibilité de la part de leur médecin⁽⁶⁶⁾.

D'autres causes d'insatisfaction étaient citées, comme les contraintes administratives et économiques pesantes, notamment avec les tâches administratives et les « *censeurs* » de la caisse d'assurance maladie⁽⁶⁷⁾ ; ainsi que l'émergence de risques dans le métier, notamment sur la santé physique et mentale.

2.2. Le facteur précipitant

2.2.1. Le conflit

Très souvent la rupture fait suite à un conflit entre le médecin et le patient ⁽⁵⁾. Dans notre étude, les causes de conflit étaient multiples. Elles sont confirmées dans la littérature. Cela concernait des reproches et des revendications de la part du patient concernant :

- Un manque de disponibilité (retard dans la consultation ou dans la prise de rendez-vous) ⁽²⁵⁾ qui correspond au motif principal de changement de médecin traitant par le patient ⁽³⁷⁾ avec le manque d'écoute ⁽³⁷⁾.
- Un désaccord avec l'acte médical, la prise en charge ^(25, 37) ou l'orientation.
- Une erreur médicale ^(24, 25, 37).
- Une divergence d'opinion autre que médicale.

Dans les relations tripartites, les reproches étaient faits par l'entourage du patient et concernaient la prise en charge médicale.

L'évocation d'une erreur médicale peut-être gênante et dévalorisante. Ce motif était rarement mentionné comme motif de rupture. Cette donnée peut être biaisée par le fait que le médecin a pu volontairement ne pas raconter ce type d'expérience vécue et ne pas se mettre en difficulté devant l'enquêtrice. La confrontation aux évolutions négatives liées aux soins médicaux, qu'elles qu'en soient les conséquences, est source de souffrance pour le soignant ⁽⁵⁴⁾. Cependant on sait que les patients accordent au médecin le droit à l'erreur s'il a la franchise de la reconnaître ⁽⁶⁸⁾, notion également citée par un des médecins de notre étude.

Le médecin pouvait également refuser de prescrire un médicament ou un examen ^(24, 25) ou de céder à une exigence. Le patient frustré pouvait partir. Le comportement des patients peut dégénérer quand ils sentent qu'ils ne reçoivent pas les services qu'ils attendent ou lorsqu'ils estiment que leurs besoins ne sont pas pris en compte ⁽⁴⁰⁾.

Les patients pouvaient se montrer agressifs, ce qui marquait un véritable tournant

dans la relation. Il s'agissait d'agression verbale, elles sont les plus courantes ⁽²¹⁾ et de comportements menaçants ^(34, 39). Les agressions physiques concernent un incident sur dix ⁽²¹⁾. Une seule a été mentionnée dans notre étude. Les abus de drogues ou d'alcool associés à la violence ⁽³⁹⁾ n'ont pas été cités.

Les reproches pouvaient être réciproques et le conflit bilatéral. Certains médecins reconnaissent avoir pu se montrer impulsifs, colériques, provocants ou désagréables, comme peuvent être décrits les « mauvais médecins » par les patients ⁽³⁵⁾. De plus, certains médecins tolèrent mal les revendications agressives de leurs patients et peuvent répondre par de l'agressivité ⁽³¹⁾. « Être confronté aux émotions des patients revient pour le soignant à affronter ses propres émotions et ses mouvements de défense pour les neutraliser. » ⁽⁶⁹⁾ Cette escalade peut entraîner une rupture de la relation thérapeutique.

La violation majeure des règles de la relation de la part du patient ou du médecin fait également partie du processus de la rupture décrite par T.Stokes, c'est l'événement déclencheur (« *trigger event* ») ⁽⁵⁾. Il peut s'agir de la perte du sang-froid d'une des deux parties ou de l'incompétence du médecin ⁽⁵⁾.

2.2.2. Le motif de départ du patient

Le motif de départ du patient pouvait être clairement exprimé, certaines fois avec violence. D'autres fois il ne l'était pas, « *Lorsqu'un patient met fin à la relation avec son médecin, sa stratégie est plus indirecte et, le plus souvent, il n'y a pas de discussion claire sur les difficultés en cause : le patient cesse simplement de voir le médecin* » ⁽⁶⁾.

Le motif de départ était supposé par le médecin. Des patients semblaient fuir la relation devant une situation gênante ou douloureuse comme le décès du conjoint. En effet, les médecins constatent fréquemment un changement de médecin généraliste par des familles dont le proche est décédé ⁽⁷⁰⁾. Cela peut être un élément du processus de deuil mais qui renvoie à la question d'un éventuel reproche ⁽⁷⁰⁾.

Le départ pouvait être jugé exagéré ou disproportionnés, comme par exemple pour

des causes matérielles. Or celles-ci font parties des raisons secondaires qui poussent le patient à changer de médecin traitant ⁽³⁷⁾.

Un médecin a évoqué l'éventualité de perdre des patients à cause d'une rumeur négative sur son compte. Le médecin, payé par le patient, a intérêt à le satisfaire et honorer sa confiance s'il ne veut pas subir un effet sur sa réputation ⁽⁷¹⁾.

Enfin, le départ était parfois incompris. Plusieurs médecins confiaient vouloir connaître la raison du départ du patient dans le but de progresser. D'autres à l'inverse avaient peur de la connaître. En effet, cette notion était souvent associée à la peur de la faute professionnelle. Les médecins exercent dans la crainte de l'erreur médicale et des conséquences juridiques possibles ⁽²²⁾.

2.2.3. Le motif d'arrêt de la relation par le médecin

Plusieurs médecins ont déclaré avoir initié la fin de la relation pour :

- Mettre un terme au conflit entre le médecin et le patient (désaccords dans la prise en charge médicale et divergence d'opinion autre que médicale).
- Mettre fin à une situation envahissante et stressante.
- Mettre fin à une situation toxique et douloureuse.
- Mettre fin à une mauvaise qualité relationnelle.
- Un motif déontologique (déclaration d'amour).

Ces différents motifs de rupture ne sont pas tous confirmés dans la littérature. L'agressivité du patient, quelle qu'elle soit, est la principale raison qui pousse le médecin à mettre fin à une relation (49,9%) ⁽³⁹⁾. Vient ensuite les demandes jugées irréalistes et déraisonnables à la pratique (1 cas sur 6) ⁽³⁹⁾. Sont citées également les divergences d'opinion dans les attentes thérapeutiques ⁽³⁹⁾. Ce qui pousse le médecin à mettre fin à la relation c'est aussi l'épuisement émotionnel issu d'une relation difficile, « *enough is enough* » ⁽⁵⁾.

Les motifs de rupture évoqués semblaient justes et raisonnables ⁽²⁶⁾ comme par exemple une atteinte du lien de confiance nécessaire à la relation thérapeutique ⁽²⁶⁾ et une atteinte des limites professionnelles ⁽³²⁾. Cependant, une étude qualitative en Angleterre a montré que les patients retirés de la liste, jugeaient le retrait comme un abus de pouvoir par les médecins et comme un acte dévalorisant ⁽³⁵⁾. Elle est perçue par les patients comme une réticence de leur part à se conformer à l'avis médical ou comme une incapacité reconnue du médecin dans la prise en charge ⁽⁵⁾.

Selon T. Stokes, la rupture survient quand une partie décide que l'autre partie a agit de manière à menacer son identité personnelle en tant que « patient » ou « médecin » ⁽⁵⁾.

2.3. Fréquence et modalités de la rupture

2.3.1. Un phénomène rare

Les médecins s'accordaient à dire que, de manière générale, la rupture de la relation médecin-patient est peu fréquente.

Les patients sont fidèles à leur médecin généraliste. Dans une étude où 1148 patients ont été interrogés sur les raisons qui les ont poussé à changer de médecin traitant, 36 % n'avaient pas changé de médecin depuis 20 ans ⁽³⁷⁾. Parmi ceux qui en avaient changé, 55 % ne l'avait fait qu'une fois et 21,5 % 2 fois ⁽³⁷⁾. Les patients seraient peu enclins à quitter leur médecin. Notons que le changement est motivé dans 2/3 des cas par des contraintes extérieures (déménagement du patient, décès ou départ en retraite du médecin) ⁽³⁷⁾. Le départ du patient pour cause de déménagement était cité dans notre étude mais ce type de rupture ne faisait pas partie de notre champs d'analyse.

Les médecins mettent rarement fin à la relation ⁽³²⁾. Un des médecins rapportait : « *c'est exceptionnel ça par rapport au nombre de personnes qui quittent leur médecin.* » Ils mettraient fin à la relation seulement en dernier recours ⁽³²⁾ quand ils sont dans l'incapacité de poursuivre la relation. Certains médecins déclaraient ne pas utiliser ce recours même en

cas de situation difficile ou face à leur impuissance dans la prise en charge médicale. Mais le médecin ne devrait pas poursuivre la relation au détriment de la qualité des soins ⁽³³⁾. Il doit arrêter la relation s'il a conscience des conséquences négatives pour le patient ou pour lui-même.

2.3.2. Initiée par le patient

Le patient a la liberté de rompre la relation à tout moment, sans préavis ni explication ^(36 art. 47). C'est le « *walk-out* » décrit par D. Hayes-Bautista ⁽⁵⁾. Parfois les patients restent dans le cabinet médical et vont consulter un associé, ce qui correspondrait au « *fade out* » ⁽⁵⁾.

Au départ du patient pouvait être associé le départ du conjoint, le médecin étant souvent « médecin de famille ». 81 % des patients déclarent avoir le même médecin que leur conjoint ⁽³⁷⁾.

Le dossier médical était demandé par le patient directement au médecin, ou de manière indirecte via le secrétariat ou demandé par un autre membre de la famille, ce qui peut exposer le médecin à des répercussions juridiques ^(36 art.73, 72 art. 226-13). Ou bien il ne venait pas le récupérer.

Des médecins évoquaient le regret de patients d'être partis. Avec l'appréhension de revivre les mêmes difficultés, les médecins acceptaient rarement le retour. Quand c'était le cas, une deuxième rupture pouvait avoir lieu.

2.3.3. Initiée par le médecin

Les ruptures initiées par le médecin étaient généralement orales et suggérées ce qui correspond au « *push out* » ⁽⁵⁾ ou imposées, « *lock out* » ⁽⁵⁾. Elles étaient souvent impulsives dans une situation difficile ou conflictuelle, sous l'effet d'un reproche ⁽²⁹⁾. Elles étaient réfléchies, par exemple pour un motif déontologique. Parfois, elles étaient faites de manière indirecte par la secrétaire ou par écrit, car souvent les médecins trouvent éprouvant de se confronter ouvertement avec le patient sur les difficultés de la relation ⁽³²⁾. L'envoi d'une

lettre au patient est proposé par des procédures étrangères ; elle mentionne la rupture, le délai pour trouver un autre médecin et la disponibilité en cas d'urgence ^(32, 40, 73, 74, 75).

Le « *put-off* » ⁽⁵⁾ qui correspond au refus du médecin d'accéder aux demandes du patient dans le but que celui-ci perde patience et consulte un autre praticien, n'était pas clairement exprimé par les médecins dans notre étude.

Le transfert d'un patient à un confrère pour mettre fin à une relation n'a pas été évoqué, cela correspondrait au « *hand-off* » ⁽⁵⁾. Cette procédure semblait donc peu utilisée en général. Quand le médecin est en échec avec un patient difficile, le transfert du dossier à un confrère est conseillé ⁽³³⁾. De plus, la rupture d'une relation pose le problème de la discontinuité des soins. Un seul médecin disait assurer la continuité des soins au patient en cas de rupture de sa part, ce qui est légalement obligatoire ^(36 art. 47). Parfois, une question concernant la procédure d'arrêt d'une relation était posée par l'enquêtrice, mais les réponses des médecins étaient peu précises.

Les obligations à respecter pour rompre semblaient méconnues. Il faut dire que la convention médicale signale que, « *l'assuré peut changer à tout moment de médecin traitant* » ⁽⁷⁶⁾, mais rien n'est écrit au sujet du médecin. Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, le médecin peut rompre le contrat « médecin traitant » s'il le souhaite ^(36 art. 47), dans la mesure où il s'agit d'un contrat à durée indéterminée sans mention d'échéance ⁽⁷⁷⁾.

Toutefois :

- Il doit informer le patient, sans délai, de son refus ou de son impossibilité à continuer la prise en charge. Il n'est pas obligé de lui fournir les raisons de sa rupture ^(36 art. 47).
- Il doit assurer la continuité des soins ^(36 art. 47), c'est-à-dire assurer les soins en cas d'urgence ^(36 art. 9 et 47), sinon il s'expose à des sanctions disciplinaires et pénales ^(72 art. 223-6). Il doit également transmettre le dossier médical au nouveau médecin désigné par le patient ^(36 art. 45 et 46). Dans notre étude, le dossier médical était disponible sur demande, parfois donné d'emblée ou transmis directement au nouveau médecin.
- Le refus de soin doit être légitime ⁽⁷⁸⁾, sans discrimination d'origine, de condition sociale, d'idéologie politique ou de conviction religieuse ^(36 art. 47).

Il est conseillé d'en informer la caisse primaire d'assurance maladie par écrit, après en avoir informé le patient ⁽⁷⁷⁾.

2.3.4. Par consentement mutuel

Le « *retrait mutuel* » serait idéal mais il est rare en pratique ⁽⁵⁾ car les parties s'engagent largement dans la confrontation ou l'évitement ⁽⁷⁹⁾.

Dans notre étude, le « retrait mutuel » était informel et atteint uniquement après une situation conflictuelle aiguë.

2.4. Typologie des ruptures en lien avec le vécu du médecin

2.4.1. La rupture incomprise

Face à une rupture inattendue, les médecins exprimaient une incompréhension. La relation avant la rupture était souvent longue et de bonne qualité. Le patient n'avait pas de soucis de santé important et semblait satisfait de la prise en charge. Les médecins étaient donc surpris du départ d'un patient qu'ils n'imaginaient jamais partir et s'interrogeaient sur les causes d'une telle situation, « *Qu'est-ce que j'ai fait de mal ?* » Ils pensaient avoir fait ce qu'il fallait et exprimaient alors un manque de reconnaissance et gratitude. Ayant éprouvé un attachement ou une sympathie pour le patient, ils étaient déçus et amers et certains médecins regrettaient de ne plus les voir en consultation.

2.4.2. La rupture douloureuse

Après la déconvenue, les médecins pouvaient se sentir blessés. Ils affirmaient s'être beaucoup investis dans la prise en charge et avaient consacré énormément de temps. Ou bien ils s'étaient particulièrement impliqués émotionnellement dans la relation. Plus que le

manque de reconnaissance, ils exprimaient un sentiment d'injustice et de trahison de la part du patient. Ce sur-investissement est le reflet d'une forte implication professionnelle mais n'est-il pas aussi le reflet d'un besoin extrême de reconnaissance ?

C'est donc le patient qui mettait fin à la relation. Plusieurs médecins ont vécu la rupture comme particulièrement violente et brutale, d'autant plus quand la relation semblait de bonne qualité, comme « un coup de tonnerre dans un ciel serein ».

Certains confiaient vivre la rupture douloureusement à chaque fois. Ce qui semblait être éprouvant, c'était le sentiment d'échec menaçant l'estime de soi, et particulièrement l'estime de soi en tant que « médecin ». La rancune était exprimée par un médecin. Un autre médecin déclarait souffrir de ne pas être vu par le patient comme une personne « normale ».

Les expériences négatives dans la pratique de la médecine peuvent altérer l'identité personnelle ⁽⁵⁾, elles conduisent parfois les médecins à se sentir déshumanisés, désemparés, dévalués ⁽⁵⁾.

2.4.3. La rupture apaisante

Dans d'autres cas, la rupture était vécue comme un véritable soulagement lorsqu'elle venait mettre un terme à une situation douloureuse et néfaste avec un « patient difficile ». Elle était initiée, à la fois par le patient frustré qui part, mais également par le médecin qui met fin à une relation épuisante. Elle ramène ainsi une sérénité chez le médecin.

2.4.4. La rupture détachée

Quelques médecins déclaraient ne pas avoir vécu la rupture de manière éprouvante. Soit parce qu'elle était plus ou moins attendue, soit parce que la sagesse acquise avec l'expérience professionnelle atténuait les ressentiments. Elle était initiée par le patient ou le médecin. La relation était peu investie par l'un ou l'autre et le médecin percevait un malaise avec le patient.

2.4.5. Discussion de la typologie

Notre analyse thématique a donné lieu à l'élaboration d'une typologie ⁽⁴⁵⁾. L'analyse rigoureuse des verbatims a permis d'extraire des interprétations qui ont un caractère scientifique et non subjectif.

« Le type » résulte de la mise en évidence d'un principe de cohérence vertical (c'est un type de raisonnement) mais non pas singulier (ce n'est pas un individu), qui, de ce fait, peut agréger des individus concrets ⁽⁴⁵⁾. Notre proposition de typologie insiste sur la cohérence entre le contexte de la rupture et les sentiments éprouvés par le médecin, elle pourrait s'appliquer à toutes les situations de rupture médecin-patient.

2.5. L'auto-critique

2.5.1. L'auto-reproche

Les médecins pouvaient se reprocher un manque d'attention portée au patient, parfois du fait d'une certaine routine. Une étude a montré que les médecins ne considèrent pas la prise en compte des préoccupations du patient comme une des priorités d'exercice ⁽⁸⁰⁾. L'importance quantitative de l'activité médicale, la limitation du temps de consultation qui en résulte, apparaissent souvent comme facteurs limitants ⁽⁸⁰⁾.

À l'inverse, ils se reprochaient également des habitudes excessives en terme de disponibilité, ce qu'ils qualifiaient de « *trop d'empathie.* » Les patients s'engouffrent facilement dans ce temps offert.

Parfois la relation s'était déplacée vers une relation amicale et affective et la rupture en était d'autant plus amère. Ce type de relation pouvait être remis en question et critiqué par les médecins eux-même. De manière générale, plusieurs médecins déclaraient préférer des rapports d'affinités réciproques avec leurs patients, voir même d'intimité. Ils pouvaient évoquer des aspects de leur vie personnelle ou bien être tactiles (mettre une main sur

l'épaule, embrasser les patients). Cet aspect non-verbal ne peut être l'objet d'études ⁽²⁰⁾. La médecine générale permet de créer des relations hautement individualisées avec les patients qu'il est parfois difficile de comprendre, mais qui peuvent être sacrées ⁽⁸¹⁾.

Or le risque ne serait-il pas de faire naître des sentiments amoureux chez le patient ? C'était le cas du médecin S dans notre étude, mais il s'agissait d'un médecin particulièrement secret sur sa vie intime et soucieux de mettre de la distance avec ses patients.

Les médecins étaient donc amenés à réfléchir sur leurs pratiques, les erreurs reconnues sont davantage d'ordre relationnel et communicationnel, plus que technique.

2.5.2. Un besoin de justification

Tout d'abord, plusieurs médecins expliquaient avoir tenté de sauver la relation, en vain. Un médecin disait avoir eu recours à un tiers (son associé), dans le cas d'une situation difficile pour faire diminuer la pression engendrée par le patient. Le recours à un autre soignant peut être utilisé si le médecin ne se sent plus suffisamment compétent ^(36 art. 32 et 60) pour se rassurer, relativiser, se former ou se protéger. Mais la médiation serait peu employée ⁽³²⁾.

D'autre part, certains invoquaient un surmenage, un manque de temps et du retard dans les consultations, ainsi qu'une fatigue et un stress parfois. La qualité d'écoute du patient diminuerait quand les médecins sont préoccupés, en retard ou fatigués ⁽⁸²⁾.

D'autres affirmaient ne pas avoir nuit au patient tant sur le plan médical que relationnel. C'est le « *primum non nocere* », « d'abord ne pas nuire », d'Hippocrate ⁽⁸³⁾. Ils expliquaient avoir fait ce qu'il fallait, sans menacer la sécurité du patient. Ils décrivaient des demandes médicales non fondées ou bien avaient le besoin d'argumenter leurs décisions médicales. Quelques médecins estimaient ne pas avoir à se remettre en question. Il peut y avoir une distorsion entre la qualité scientifique du médecin qui peut-être « bonne » et la « mauvaise qualité » de sa relation qui peut rendre le patient insatisfait et non observant ⁽³⁰⁾.

Enfin, ils revendiquaient le droit d'être faillible, d'avoir le droit à l'erreur. Ils regrettaient le mythe de la toute-puissance du médecin dans la société, ce qui est problématique pour eux ⁽⁵²⁾.

2.5.3. Éviter la rupture ?

Les médecins déploraient le fait que la rupture n'aurait pu être évitée qu'en renonçant à leurs compétences, à leur qualité d'exercice ou à leurs propres valeurs professionnelles ou éthiques. Cependant, ils estimaient qu'une meilleure communication de leur part aurait pu l'éviter :

- soit en posant des règles ; il s'agit alors de contenir le patient et de lui permettre de se responsabiliser ⁽³¹⁾,
- soit en adoptant une attitude conciliante, qui a l'avantage de diminuer le risque de tension avec le patient ⁽³³⁾. La négociation facilite l'apaisement du conflit ⁽⁸⁴⁾ mais elle nécessite du temps, de l'énergie et des compétences en communication ⁽⁷⁹⁾.

Malgré ces différentes alternatives envisagées, les médecins considéraient souvent la rupture comme la seule issue possible car personne n'était en mesure de négocier. L'accord est parfois impossible ^(79, 84).

2.5.4. Une décision acceptée et nécessaire

Avec du recul, la rupture semblait être acceptée par les médecins. Ils respectaient la liberté des patients de partir, d'autant plus si ceux-ci n'avaient plus confiance en eux.

Elle était analysée comme un dissentiment entre deux personnalités avec la mise en évidence de la notion du choix réciproque et du tri qui se fait entre le médecin et sa patientèle. Une sélection des patients s'établit en fonction de ce que le médecin apporte à la relation et souhaite obtenir d'elle ⁽³⁰⁾. Il existe une constitution orientée de la patientèle en fonction des préférences des médecins ⁽⁸⁵⁾. Les patients avec lesquels la relation est durable, sont sélectionnés et se sélectionnent par des critères d'affinités et de plaisir mutuel ⁽³⁰⁾.

L'approche Balitienne décrit la fonction apostolique du médecin qui est marquée par les traits de la personnalité du médecin, si bien que les patients se sélectionnent eux-mêmes selon les croyances du médecin : « *Si patient et médecin n'accrochent pas et que le médecin n'arrive pas à convertir le patient à ses propres croyances apostoliques, la seule issue ouverte au patient est de retrouver un autre médecin. L'auto-sélection et la fonction apostolique sont les contre parties l'une de l'autre, ce sont elles qui établissent l'atmosphère particulière et hautement individualisée de chaque pratique médicale, dont le résultat est, pour finir, la compagnie d'investissement mutuel.* »⁽³⁾

Les médecins pensaient que de manière générale, les patients partent pour un médecin qui leur correspond plus. Par exemple, une jeune femme médecin évoquait la possibilité que le patient soit parti pour un médecin de genre masculin. Cependant le genre du médecin ne serait pas un critère de choix de médecin, 78,7 % des patients se déclarent indifférents au genre⁽⁸⁶⁾.

La rupture était également analysée comme nécessaire, à la fois pour le bien-être du médecin et du patient. Un médecin évoquait même l'exemple d'une rupture bénéfique sur le plan thérapeutique.

2.6. L'idée d'une relation médecin-patient de qualité

2.6.1. Les critères de qualité de la relation

Les deux critères principaux cités pour une relation médecin-patient de qualité étaient : la confiance mutuelle et le rapport égalitaire. Les autres critères cités secondairement étaient : le respect mutuel et l'alliance thérapeutique. Ces critères concordent avec nos recherches⁽⁶⁾.

Les rapports de confiance entre médecin et patient sont nécessaires pour une interaction et une collaboration efficace⁽⁴⁾. M. Vannotti explique que « *le contrat tacite entre le médecin et le patient implique un échange coopératif au cours duquel l'un et l'autre sont d'accord de prendre des risques* »⁽⁴⁾. Mais ces risques seraient acceptables en

présupposant une droiture morale suffisante de l'un et une certaine loyauté de l'autre ⁽⁴⁾. Une partie de la crise de confiance serait attribuée à un rapport empreint de paternalisme et de verticalité dans un rapport dominant-dominé ⁽⁴⁾.

Les aptitudes du médecin requises et reconnues pour une relation de qualité étaient les compétences communicatives et relationnelles, puis les compétences biomédicales et la gestion du temps. Elles sont confirmées dans la littérature ⁽⁵²⁾. Les patients attendent de leur médecin d'être rassurés, conseillés, écoutés avant même de rechercher un médecin-technicien ⁽⁸⁷⁾. Selon M. Balint : « *Une fois pour toutes il faut reconnaître le fait que le premier désir du patient est d'être compris.* » ⁽³⁾ Dans une autre étude « le soin » est attribué au médecin, « l'écoute » est attribuée au « bon médecin » ⁽⁸⁸⁾. En effet, un « bon médecin » doit avoir des compétences médicales, des valeurs éthiques et des compétences relationnelles ⁽⁸⁹⁾. Or les médecins disent rencontrer des difficultés relationnelles dans leur exercice ⁽⁸⁰⁾.

Les principales compétences relationnelles que les médecins s'attribuaient sont retrouvées dans la littérature ⁽⁵²⁾ : l'empathie, l'écoute, s'adapter à chaque patient, l'accompagnement, rassurer, conseiller, ne pas juger, être franc, ne pas banaliser, cadrer la relation.

2.6.2. Les attentes et aspirations du médecin

Les médecins affirmaient avoir des attentes envers leurs patients. L'attente principale étaient le respect, particulièrement des contraintes et des consignes données. En effet, le manque de respect en général, l'inobservance des traitements, les rendez-vous non honorés, toutes ces attitudes et leur répétition peuvent perturber la relation et mettre à l'épreuve la patience du médecin ⁽⁴⁰⁾. Les médecins attendaient également de l'aide, de la sincérité, de la fidélité, de l'engagement et de la compréhension de la part du patient. Notamment qu'ils comprennent qu'ils ont besoin de repos et une vie personnelle ⁽⁵²⁾. Peu de médecins n'attendaient rien en retour.

Les médecins confiaient rechercher une reconnaissance de la part du patient, des

relations paisibles, épanouissantes et de plaisirs partagés. Ils souhaitaient exercer dans le respect de leurs propres valeurs et dans le respect de leur équilibre familial et professionnel. La recherche d'un meilleur équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée est une des exigences des femmes mais aussi de plus en plus celle des hommes ⁽¹⁶⁾.

2.6.3. Les ressources

2.6.3.1. Pour se protéger

Quelques médecins évoquaient le fait de se protéger en adoptant une meilleure communication. Ils évoquaient notamment le fait de poser des limites et d'être capables de se distancier pour ainsi se préserver du surmenage professionnel. En effet une communication claire et efficace permet d'instaurer un climat de confiance et une diminution du stress ⁽⁹⁰⁾. Savoir se protéger c'est aussi préserver sa tranquillité et son plaisir à exercer ⁽⁹¹⁾.

Par exemple, des méthodes sont décrites pour apprendre à dire « non » au patient ⁽⁴¹⁾ ⁽⁹¹⁾, poser ses propres limites et éviter d'être envahi par des demandes abusives. Eric Galam écrit : « *Oser dire "non" avec sérénité est une protection contre l'exaspération, l'agressivité, voir le bun-out.* » ⁽⁹¹⁾

2.6.3.2. Pour prévenir la rupture

Certains médecins de notre étude reconnaissaient qu'une meilleure communication de leur part aurait pu éviter la rupture. Cela est confirmé dans la littérature. La plupart des malentendus et conflits qui surviennent entre médecins et patients résultent d'un manque ou d'une insuffisance de communication ⁽⁹²⁾. Dr R. Boulé, médecin canadien explique : « *si le médecin écoute le patient et s'intéresse à ses préoccupations, vraisemblablement de 75 % à 85 % de ses entrevues se déroulent bien. Si en plus, il utilise des techniques adéquates, il n'aura probablement affaire qu'à 1 % ou 2 % de patients ou de situations difficiles pour lesquels il n'y aura d'autre issue que de négocier un arrêt de suivi.* » ⁽³³⁾

Quelques médecins déclaraient avoir eu des formations médicales dans le domaine psycho-social et communicationnel. D'autres, à l'inverse, ne cherchaient pas à en avoir et évoquaient un manque de temps pour y assister. La formation sur les aspects relationnels est parfois jugée mauvaise ⁽⁵²⁾ mais elle reste peu évoquée par les médecins ^(23, 52). La formation médicale continue serait insuffisamment adaptée aux besoins des généralistes qui n'en retireraient pas assez de bénéfiques pratiques ⁽⁶⁷⁾. De plus, elle n'est suivie que par une trop faible proportion de médecins ⁽⁶⁷⁾ bien qu'obligatoire ^(36 art.11). Dans notre étude ces formations étaient parfois regrettées mais ce résultat peut être biaisé par le fait de ne pas décevoir l'enquêtrice.

Ce manque de formation semblait être compensé par une acquisition de compétences issue de leur propre expérience professionnelle. Les médecins confient avoir le plus souvent appris sur le terrain leur « savoir communiquer » ⁽⁸⁰⁾. Mais si l'expérience est irremplaçable ⁽¹⁵⁾, communiquer ne s'improvise pas ⁽⁹³⁾. Les enseignements en faculté restent peu tournés vers la médecine générale ⁽⁸⁵⁾, ce qui est confirmé par les internes concernés ⁽⁹⁴⁾. Mais depuis quelques années, la relation médecin-patient est enseignée dans les facultés de médecine ⁽¹⁵⁾. Car s'il est important d'être authentique et à l'écoute, il est tout aussi souhaitable d'être formé aux techniques relationnelles pour une meilleure prise en charge des patients et notamment celle des patients en souffrance psychique ⁽⁹⁵⁾.

L'évolution de la relation médecin-patient a entraîné une modification de l'exercice professionnel et a amené au développement d'une nouvelle formation initiale et continue. Par exemple, dans le cadre de ce que les anglo-saxons appellent « L'Approche centrée sur la personne » méthode élaborée par C. Rogers, qui vise à faciliter l'alliance thérapeutique et aider le patient à adhérer au traitement ⁽⁴⁾. Ou à travers l'expérience des « groupes Balint » ⁽¹⁶⁾. Plusieurs médecins disaient avoir recours à ces groupes.

V. CONCLUSION

Le but de notre étude était de mieux comprendre les processus de la rupture de la relation entre le médecin et son patient. Pour la réalisation de ce travail, les médecins généralistes ont livré leur expérience subjective de situations réelles de rupture. À travers leurs discours, nous avons mis en évidence des caractéristiques communes et des variations de ces caractéristiques.

Nous avons pu dégager un modèle dominant de rupture médecin-patient.

Certains facteurs peuvent être prédisposants comme le milieu urbain, l'inactivité professionnelle du patient et le contexte social actuel qui entraîne chez le patient des attitudes consuméristes et des exigences surtout en terme de disponibilité. Le médecin invoque une surcharge de travail entraînant un manque de temps, un stress et parfois une souffrance, avec des conséquences directes sur la prise en charge des patients. La rupture semble souvent survenir sur un terrain relationnel fragilisé et vulnérable, soit du fait de relations « difficiles » avec le patient ou son entourage, soit du fait d'une évolution péjorative de la relation faisant naître une perte de confiance chez le patient et un manque d'investissement chez le médecin. Elle peut également survenir comme un « coup de tonnerre dans un ciel serein », alors que la relation semble excellente en surface.

Puis un événement précipitant, issu d'un rapport conflictuel très souvent, fait basculer la relation vers un point de non-retour. Les reproches du patients concernent, le manque de disponibilité du médecin, des désaccords avec l'acte médical et le refus du médecin de prescrire un examen, un médicament ou de céder à une exigence. L'erreur médical est secondaire. Le motif de départ du patient peut alors être clairement exprimé, parfois avec agressivité. Les départs « sans bruits » se rapportent parfois à des situations jugées gênantes ou douloureuses comme par exemple le décès du conjoint. Certains départs sont considérés par les médecins comme exagérés ou disproportionnés. Parfois ils sont incompris et vécus comme une déconvenue. Ils peuvent poser la question d'une éventuelle faute professionnelle. Les médecin quant à eux déclarent initier la rupture pour mettre un terme à une situation conflictuelle, ou particulièrement épuisante, mais également pour des principes déontologiques.

La rupture intervient quand l'une ou l'autre des deux parties n'est pas en mesure de négocier, c'est la seule issue possible.

Dans un essai de typologie, quatre types de situations de rupture en lien avec le vécu du médecin se dessinent : la rupture incomprise, la rupture douloureuse, la rupture apaisante et la rupture détachée. La rupture n'est-elle pas, quel qu'en soit le type, la sanction d'un échec qui interroge l'identité professionnelle ?

La rupture de la relation médecin-patient est rare en médecine générale. Le médecin l'utilise en derniers recours. Elle devient nécessaire quand il est dans l'incapacité de poursuivre la relation, en vue de préserver son intégrité et son bien-être professionnel. Or certains médecins disent ne pas utiliser ce recours même en cas de situation difficile. N'y a-t-il pas ici le risque de compromettre la qualité des soins donnés au patient ? Cependant, l'arrêt de la relation doit se faire sous plusieurs conditions : la légitimité de la rupture, l'information du patient et la continuité des soins. Les modalités de l'arrêt d'une relation semblent peu connues des médecins.

Avec le recul, la fin de la relation est acceptée. Elle est perçue comme inéluctable. Certains médecins estiment cependant qu'elle peut être évitée avec une meilleure communication de leur part, notamment en terme de gestion des conflits et de prise en charge des « patients difficiles ». Elle permet ainsi de préserver une qualité d'exercice et de réduire le stress professionnel. Ces aptitudes communicationnelles sont acquises sur le terrain ou par des formations en sciences humaines. Celles-ci pourraient être renforcées par exemple dans le cadre du programme de DPC (Développement professionnel continu).

Il serait pertinent d'interroger les patients sur leur vécu de la rupture avec leur médecin. Car les médecins se posent régulièrement les questions suivantes : Pourquoi les patients partent alors que la relation est agréable et de bonne qualité ? Pourquoi les patients restent alors qu'il y a eu des erreurs de leur part et que la relation est tendue ou conflictuelle ? Ce travail viendrait compléter le nôtre. Car une meilleure intelligibilité par les médecins, des rapports qu'ils ont avec leurs patients, peut améliorer la relation et donc l'alliance thérapeutique. Ainsi, la prise en charge médicale optimisée permet une meilleure observance des traitements, des prescriptions adaptées dans le respect des contraintes économiques, ainsi qu'une meilleure pratique des missions d'information, de prévention personnalisée et de coordination des soins.

Bibliographie

1. La relation médecin-malade. Paris: Elsevier; 2004.
2. Moreau A. Selon quels critères de qualité évaluer la relation médecin-malade? Rev Prat Médecine Générale. 1999;(477):1835-8.
3. Balint M, Valabrega J-P. Le Médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot; 1996.
4. Vannotti M. Le métier de médecin: entre utopie et désenchantement. Chêne-Bourg: Éditions Médecine & Hygiène; 2006.
5. Stokes T, Dixon-Woods M, McKinley RK. Ending the doctor-patient relationship in general practice : a proposed model. Fam Pract. 2004;21(5):507-14.
6. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique; 2005.
7. Haute Autorité de santé (HAS). Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée » [Internet]. 2013 [cité 4 mars 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf
8. Curchod C. Relations soignants-soignés: prévenir et dépasser les conflits. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine): Masson; 2009.
9. Bergeron H. Colloque. Les droits des malades et des usagers du système de santé, une législature plus tard. Les transformations du « colloque singulier » médecin/patient : quelques perspectives sociologiques [Internet]. 2007 [cité 6 mars 2016]. Disponible sur: http://www.cso.edu/upload/pdf_actualites/bergeron-colloque-mars2007.pdf
10. Rapport de la Commission nationale permanente. Évolution du métier de médecin [Internet]. 2001 [cité 6 mars 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/evolutionmetier.pdf>
11. Légifrance. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. [cité 6 mars 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>
12. Alby ML. Éthique médicale et médecine générale : une synergie [Internet]. 2014 [cité 6 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.espace-ethique.org/printpdf/2049>
13. Conférence inaugurale du Medec. La maturité des patients, une chance pour le système de soins [Internet]. Paris; 2004 [cité 6 mars 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/medec2004_0.pdf
14. Haute Autorité de Santé (HAS). Internet santé et vos patients [Internet]. [cité 9 mars 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/internet_sante_et_vos_patients.pdf
15. Hoerni B. La relation médecin-malade: l'évolution des échanges patient-soignant. Paris: Imothep; 2008.

16. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Médecine générale en crise: faits et questions. *Médecine*. 2006;2(5):223-8.
17. Abecassis P, Batifoulier P, Gannon F, Haag A. Nomadisme médical et médecin de référence : Une modélisation de la dynamique de choix des patients [Internet]. [cité 6 mars 2016]. Disponible sur: <http://economix.fr/docs/101/CES2000.pdf>
18. Colmont C. Le Quotidien du Médecin. Le patient nomade, infidèle à son médecin traitant [Internet]. 2015 [cité 6 mars 2016]. Disponible sur: http://www.lequotidiendumedecin.fr/fiche-pratique/2015/03/13/le-patient-nomade-infidele-son-medecin-traitant_745821
19. Williams JR, Association médicale mondiale, Unité d'éthique. Manuel d'éthique médicale. Ferney-Voltaire, France: Association médicale mondiale; 2005.
20. Vega A. Société Française de Médecine Générale. Sociologie et anthropologie. Quels apports pour la médecine générale ? [Internet]. 2007 [cité 9 mars 2016]. Report No.: 64. Disponible sur: http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/1021/fichier_fichier_fichier_dr64_art_vega3f2102c7f7f2eeb.pdf
21. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Sécurité des médecins : Persistance d'un niveau élevé de violence [Internet]. 2015 [cité 1 mars 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1587>
22. Galam E. Burn out des médecins libéraux. Deuxième partie: une identité professionnelle remise en question. *Médecine*. 2007;3(10):474-7.
23. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Médicale*. 2004;33(22):1569-74.
24. Paulus D, Marshall M, Kuenzi B, Kersnik J, Glehr R. Divergences d'opinion entre patients et médecins généralistes : Incidences, causes, conséquences. *Rev Prat Médecine Générale*. 2002;16(564):263-5.
25. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Fiche prévention des conflits [Internet]. [cité 4 mars 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/fiche_prevention_des_conflits.pdf
26. Roberge DE, LeGrand Westfall L. Gérer une situation difficile savoir dire « au revoir » et « adieu ». *Médecin Qué*. 2012;47(5):51-5.
27. Staeger P, Favrat B, Vader JP, Cornuz J. L'erreur en médecine ambulatoire: comment l'aborder ? *Rev Médicale Suisse*. 2007;(135):2702-9.
28. Birouste G. Les déterminants de la consultation en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Montpellier]: Université de Montpellier 1 - UFR Médecine; 2009.
29. Sarrazin C. Gestion des relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Poitiers]: Université de Poitiers - UFR Médecine; 2012.
30. Jeammet P, Reynaud M, Consoli S. Psychologie médicale. Paris: Masson; 1996.
31. Stigler M, Quinche P. Le « patient difficile » en crise et sa compétence à se responsabiliser. *Prim Care*. 2001;1:351-7.
32. Stokes T, Dixon-Woods M, McKinley R. Breaking up is never easy : GPs' accounts of removing patients from their lists. *Fam Pract*. 2003;20(6):628-34.

33. Garnier E. Le patient difficile: Peut-on mettre un terme à la relation thérapeutique? *Médecin Qué.* 2009;44(4).
34. Sampson F, Munro J, Pickin M, Nicholl J. Why are patients removed from their doctors' lists? A comparison of patients' and doctors' accounts of removal. *Fam Pract.* 2004;21(5):515-8.
35. Stokes T, Dixon-Woods M, Windrige K, McKinley R. Patient's accounts of being removed from their general practitioner's list: qualitative study. *The BMJ.* 2003;326(7402):1316.
36. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de Déontologie Médicale [Internet]. 2012 [cité 31 mars 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
37. Boivin JM, Aubrege A, Muller Colle F, De Korwin JD. Pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste? *Rev Prat Médecine Générale.* 2003;17(604):293-7.
38. Association Médicale Mondiale. Code International d'Éthique Médicale [Internet]. 1994 [cité 31 mars 2016]. Disponible sur: http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/c8/17a_fr.pdf
39. O'Reilly D, Gilliland A, Steele K, Kelly C. Reasons for patient removals: results of a survey of 1005 GPs in Northern Ireland. *Br J Gen Pract.* 2001;51(469):661-3.
40. Willis D, Zerr A. Terminating a patient : is it time to part ways ? *Fam Pract.* 2005;12(8):34-8.
41. Spickerman F. The Fine Art of Refusal. *Fam Pr Manag.* 2004;11(2):80.
42. Santalucia C, Michota FAJ. When and how is it appropriate to terminate the physician-patient relationship ? *Clevel Clin J Med.* 2004;71(3):179-83.
43. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine; [Paris]: GM Santé ; CNGE; 2011.
44. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: A. Colin; 2012.
45. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Paris: A. Colin; 2010.
46. Alami S, Desjeux D, Garabuau-Moussaoui I. Les méthodes qualitatives. Paris: Presses universitaires de France; 2013.
47. Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain produire et analyser des données ethnographiques. Paris: La Découverte; 2010.
48. BiostaTGV. Études cliniques. Aide à la rédaction d'un protocole [Internet]. [cité 31 mars 2016]. Disponible sur: <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=etudes/protocole>
49. Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale.* 2002;3(2):81-90.
50. Legavre JB. La « neutralité » dans l'entretien de recherche. Retour personnel sur une évidence. *Politix.* 1996;9(35):207-25.
51. Langlois J. La démographie médicale future - Mesures proposées par l'Ordre des médecins [Internet]. Conseil national de l'Ordre des Médecins; 2001 [cité 31 mars 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/demofuture.pdf>
52. Moreau A, Dédiane MC, Sarrassat L. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. *Rev Prat Médecine Générale.* 2004;18(674-675).

53. Galam E. Burn out des médecins libéraux. 3e partie: des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients. *Médecine*. 2008;4(1):43-6.
54. Galam É. L'erreur médicale, le burnout et le soignant De la seconde victime au premier acteur [Internet]. Paris; New York: Springer; 2012 [cité 23 févr 2016]. Disponible sur: <http://site.ebrary.com/id/10546417>
55. Cauchard L, Courtet P. La médecine peut-elle nuire à la santé des médecins ? *Lett Psychiatre*. 2011;7(1):12-5.
56. Salinsky J, Sackin P. Ça va, docteur ? : quand les médecins sont sur la défensive. [Aniche]: Sipayat; 2011.
57. O'Dowd T. Five years of heartsink patients in general practice. *BMJ*. 1988;297(6647):528-30.
58. Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie [Internet]. 2004 [cité 1 mars 2016]. Disponible sur: <http://onala.free.fr/drees315.pdf>
59. Levasseur G, Schweyer FX. Les demandes des patients jugées « non fondées » par les médecins. *Rev Prat Médecine Générale*. 2003;17(603):246-50.
60. Son S. Prévalence et caractéristiques socio-démographiques associées aux troubles mentaux en médecine générale en France [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université Paris 6 - UFR Médecine; 2014.
61. Frémont P, Gérard A, Sechter D, Vanelle JM, Vidal M. L'alliance thérapeutique au début d'une prise en charge pour dépression par le généraliste. *L'encéphale*. 2008;64(2):205-10.
62. Lelord F, André C. Comment gérer les personnalités difficiles. Paris: Eds Jacob; 2000.
63. Rose S, Zientara B, Lurcel J. La relation à trois dans la consultation avec un patient âgé. *Neurol Psychiatr Gériatrie*. 2008;8(45):35-44.
64. Groves JE. Taking Care of the Hateful Patient. *N Engl J Med*. 1978;298:883-7.
65. Brillon M. L'alliance thérapeutique, un défi constant pour le thérapeute. *Psychol Qué*. 2011;28(2):20-3.
66. URML Rhône-Alpes. Étude des mutations de la médecine générale. Étude 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 [Internet]. 2005 [cité 28 mars 2016]. Disponible sur: http://education-sante-ra.org/publications/2005/mutations_med_gen.pdf
67. Ambroise-Thomas P. Réflexions sur le rôle, les missions et les attentes des médecins généralistes. *Bull Académie Natl Médecine*. 2002;186(6):1103-9.
68. Dedianne MC. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale: Application de la méthode par focus groups [Thèse d'exercice]. [Grenoble]: Université de Grenoble - UFR médecine; 2001.
69. Moley-Massol I. Relation médecin-malade: enjeux, pièges et opportunités : situations pratiques. Courbevoie: DaTeBe; 2007.
70. Ladevèze M, Levasseur G. Le médecin généraliste et la mort de ses patients. *Prat Organ Soins*. 2010;41(1):65-72.

71. Batifoulier P. L'interaction médecin-patient: Un examen par la théorie des jeux [Internet]. SIDESME. 1997 [cité 8 mars 2016]. Disponible sur: <http://economix.fr/docs/94/SIDESME.pdf>
72. Légifrance. Code Pénal - Article 223-6 [Internet]. 2000 [cité 1 avr 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417779&cidTexte=LEGITEXT000006070719>
73. Association Canadienne de Protection Médicale. Mettre fin à la relation médecin-patient. Sécurité des soins [Internet]. 2015 [cité 9 mars 2016]. Disponible sur: <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/-/ending-the-doctor-patient-relationship>
74. Pennsylvanian Medical Society. When and how to terminate the physician-patient relationship [Internet]. 2014 [cité 8 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.pamedsoc.org/MainMenuCategories/Practice-Management/Management/Physician-patient-relationship.html>
75. College of Physicians and Surgens of Ontario. Ending the physician-patient relationship [Internet]. 2013 [cité 14 mars 2016]. Disponible sur: https://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/policies/policyitems/ending_rel.pdf
76. Journal officiel de la République française. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbations de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes [Internet]. 2011 [cité 8 mars 2016]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/joe_20110925_0016.pdf
77. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Questions-réponses sur le médecin traitant [Internet]. 2005 [cité 8 mars 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/questions-reponses-sur-le-medecin-traitant-921#3>
78. Brissy S. Refus de soins: un droit du professionnel de santé. *Rev Prat Médecine Générale*. 2012;26(883):446-7.
79. Saltman DC, C'Dea NA, Kidd MR. Conflict management: a primer for doctors in training. *Postgrad Med J*. 2006;82(963):9-12.
80. Lemasson A, Gay B, Lemasson JL, Duroux G. Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du patient ? Une étude qualitative en soins primaires en Aquitaine. *Médecine*. 2006;2(1):38-42.
81. Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin - patient [Internet]. cerfasy. [cité 4 mars 2016]. Disponible sur: http://www.cerfasy.ch/cours_empathie.php
82. Dareths Fabier S. Évaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation [Thèse d'exercice]. [Bordeaux]: Université Bordeaux 2 - UFR Médecine; 2011.
83. Sauret M-J, Alberti C. La psychologie clinique: histoire et discours : de l'intérêt de la psychanalyse. Toulouse: Presses universitaires du Mirail; 1995.
84. Picard D, Marc E. Les conflits relationnels. 1. éd. Paris: Presses Univ. de France; 2008. 127 p. (Que sais-je?).
85. Vega A. Les faces cachées des pratiques soignantes. Des professionnels ni neutres, ni réductibles à de simples individus. *Médecine*. 2010;6(8):382-6.
86. Moussel C. Le médecin généraliste en 2007. Evolution en 25 ans de l'image du praticien et des attentes des patients. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 108 sujets de la Vallée de la Fensch et du Pays lorrain [Thèse d'exercice]. [Nancy]: Université de Nancy - UFR Médecine; 2009.

87. Senand R, Chambonet JY, Leaute S. Esquisse par des patients de leur médecin généraliste. Rev Prat Médecine Générale. 1995;(318):65-70.
88. Bonnetblanc JM, Sparsa A, Boulinguez S. Le "bon médecin": enquête auprès des patients. Pédagogie Médicale. 2006;7(3):174-9.
89. Ibanez G, Cornet P, Minguet C. Qu'est-ce qu'un bon médecin ? Pédagogie Médicale. 2010;11(3):151-65.
90. Libert Y, Reynaert C. Les enjeux de la communication médecin-patient et l'importance des caractéristiques psychologiques du médecin. Psycho-Oncol. 2009;3(3):140-6.
91. Galam E, Dumas FR. Oser dire « non » avec sérénité. Paris: JNMG: Journées nationales de médecine générale; 2007 p. 788-9. Report No.: 6.
92. Mantz JM, Wattel F. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. Bull Académie Natl Médecine. 2006;190(9):1999-2011.
93. Llorca G. L'accord mutuel librement consenti dans la décision médicale. Médecine. 2006;2(7):330-3.
94. Bismuth S, Stillmunkés A, Bonel S, Bismuth M, Poutrain JC. Formation initiale à la relation médecin/patient. Enquête auprès d'internes en médecine générale. Médecine. 2011;7(8):381-5.
95. Auger J. Comment améliorer la relation médecin-malade? Rev Prat Médecine Générale. 2004;18(636):999-1001.

Annexe 1. Guide d'entretien

MOTIF: Comprendre les processus de la rupture entre un médecin et son patient.

OBJET :

Recueillir auprès de médecins généralistes leur expérience subjective d'une situation de rupture de préférence récente et éprouvante.

MATÉRIEL :

Entretien enregistré.

À l'endroit choisi par le médecin interrogé.

MÉTHODE :

Entretiens individuels semi-directifs.

Recrutement de proche en proche ou utilisation de listes nominatives.

- Échantillon :

Médecins généralistes aux caractéristiques démographiques variées (âge, sexe, lieu et ancienneté d'exercice).

- Critères préalables :

- Patients > 18 ans.
- Relation de préférence installée dans le temps.
- Expérience de rupture en lien avec changement géographique du patient non souhaitée.

- Règles éthiques :

- Recueil du consentement oral du médecin.
- Garantie de l'anonymat.
- Droit de refus ou de retrait de l'étude à tout moment.
- Droit de regard.

- Attitude de l'enquêteur : empathie, bienveillance, sans conseil ni jugement.

Annexe 1. Guide d'entretien (suite)

QUESTIONS :

Question n°1

Racontez-moi une de vos expériences de rupture de la relation médecin-patient, de préférence récente et éprouvante ?

Question n°2

Racontez-moi ce qui a été difficile ?

Question n°3

Avec le recul, comment cela aurait-il pu se passer autrement?

Question n°4

Racontez-moi comment sont vos relations avec vos patients ? Qu'est ce qui fait que vous vous entendez bien avec eux ?

Question n°5

Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

THÉMATIQUE :

Thématique 1 : Aspects de la relation

- Choix, ancienneté, évolution de la relation
- Climat/tonalité de la relation

Thématique 2 : Caractéristiques du patient

- Profil (niveau socio-économique, âge, sexe, pathologies, antécédents)
- Motif des consultations
- Entourage

Thématique 3 : Rupture

- Motif
- Contexte
- Attitudes, réactions, ressentis du médecin et du patient
- Conséquences
- Procédure
- Expériences anciennes de rupture

Thématique 4 : Ressources

- Formation médicale reçue (en sciences humaines, formation continue)
- Les qualités pour une bonne relation
- Attentes vis-à-vis des patients et attentes vis-à-vis du médecin lui-même (ses compétences, ses difficultés, ses remises en question)

Annexe 2. Tableau des caractéristiques des médecins

<u>Code Entretien</u>	<u>Âge*</u>	<u>Sexe</u>	<u>Ancienneté d'exercice**</u>	<u>Secteur d'exercice</u>	<u>Mode d'exercice</u>	<u>Maître de stage universitaire</u>
A	33	F	2	Urbain	3 associés	-
B	55	H	22	Urbain	1 associé	-
C	50	F	> 15	Urbain	1 associé	-
D	49	F	20	Rural	1 associé	oui
E	58	H	30	Rural	1 associé	oui
F	54	F	25	Urbain	1 associé	oui
G	52	H	21	Rural	seul	oui
H	54	H	26	Semi-rural	3 associées	oui
I	46	F	15	Urbain	1 associé	oui
J	35	H	5	Rural	4 associés	-
K	59	H	23	Semi-rural	1 associé	-
L	47	F	14	Urbain	3 associés	-
N	50	H	26	Urbain	1 associé	oui
O	56	F	28	Rural	4 associés	-
P	35	H	7	Semi-rural	3 associés	-
Q	32	F	4	Semi-rural	4 associés	-
S	45	H	14	Semi-rural	2 associés	-
T	57	H	28	Rural	1 associé	oui

*Âge au moment de l'entretien

**En années

Annexe 3. Tableau des caractéristiques des patients

<u>Code Entretien</u>	<u>Sexe</u>	<u>Âge</u> *	<u>CSP</u> **	<u>Profession</u>	<u>Milieu de vie</u>	<u>Pathologies, personnalité, antécédents</u>	<u>Motif des consultations</u>
A	H	75	7	Retraité	Urbain	Cardio-vasculaire	Chronique
B 1	H	60	7	Retraité Agent SNCF	Urbain	Pathologies bénignes	Aiguë
B 2	F	55	8	Inactif	Urbain	Pathologie psychiatrique Conduites addictives	Chronique
C	H	85	7	Retraité	Urbain	Polypathologies Leucémie chronique	Chronique
D	H	55	2	Chef d'entreprise (en échec)	Rural	Cardio-vasculaire Cancer prostate Traits de personnalité : anxieux et dépendant	Chronique
E 1	H	40	5	Agent d'entretien (maison de retraite)	Rural	Névralgie cervico- brachiale	Aiguë
E 2	F	> 75	7	Retraité	Rural	Trait de personnalité : manipulatrice	-
F 1	H	70	7	Retraité Enseignant	Urbain	Cardio-vasculaire	Chronique
F 2	F	55	-	Actif	Urbain	Pathologie chronique Troubles névrotiques	Chronique
G	F	65	7	Retraité Para-médical	Rural	Syndrome anxio- dépressif	Chronique
H 1	F	92	7	Retraité	Semi-rural	Polypathologies	Chronique
H 2	F	75	7	Retraité	Semi-rural	-	-
I	F	60	7	Retraité	Urbain	Pathologies bénignes Traits de personnalité : anxieuse et rigide	Aiguë
J	H	70	7	Retraité	Rural	Rhumatologique aiguë	Aiguë
K	H	60	2	Artisan	Semi-Rural	Cardio-vasculaire bénigne	Chronique

* *Âge estimé*

** *CSP = Catégorie socio-professionnelle selon l'Insee*

Annexe 3. Tableau des caractéristiques des patients (suite)

<u>Code Entretien</u>	<u>Sexe</u>	<u>Âge</u> *	<u>CSP</u> **	<u>Profession</u>	<u>Milieu de vie</u>	<u>Pathologies, personnalité, antécédents</u>	<u>Motif des consultations</u>
L	F	60	8	Inactif	Urbain	Psychiatrique Troubles psychotiques Conduites addictives Tentatives de suicide Traits de personnalité : manipulatrice et perverse Précarité Problèmes familiaux	Chronique
N	F	46	4	Infirmière en entreprise	Urbain	Bénignes	Aiguë
O	F	49	3	Cadre	Rural	Bénignes, allergies	Aiguë
P	F	45	-	-	Semi-rural	-	Aiguë
Q	F	40	-	-	Semi-rural	Obésité	Chronique
S 1	F	40	-	Actif	Semi-rural	Séropositivité VIH Ancienne toxicomane	Chronique
S 2	F	40	5	Employé administratif	Semi-rural	Troubles névrotiques	Chronique
S 3	F	-	-	-	Semi-rural	Lombalgie	Chronique
T 1	H	-	-	-	Rural	Violence conjugale ?	-
T 2	F	-	-	-	Rural	Psychiatrique Troubles psychotiques	Chronique

* Âge estimé

** CSP = Catégorie socio-professionnelle selon l'Insee

Annexe 4. Les entretiens

L'intégralité des entretiens est sur CD-ROM (joint à la thèse version papier).

Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

LES PROCESSUS DE LA RUPTURE DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT EN MÉDECINE GÉNÉRALE

RÉSUMÉ

OBJECTIF : Au cours de sa carrière, un médecin généraliste est très certainement confronté à une situation de rupture de la relation avec un patient. Par l'exploration d'expériences subjectives de rupture vécues par des médecins généralistes, le but de cette étude est de mieux comprendre la fin d'une relation de soins.

MÉTHODE : Une enquête qualitative, par entretiens semi-directifs, a été menée auprès de médecins généralistes volontaires, ayant une activité libérale et régulière, et exerçant en Loire-Atlantique. Les entretiens étaient centrés sur, la situation et le contexte de rupture, les comportements et le profil des patients concernés ainsi que sur les actes, les réactions et les émotions des médecins interrogés. Les données ont fait l'objet d'une analyse thématique.

RÉSULTATS : 18 entretiens ont été analysés. Un modèle dominant de rupture médecin-patient a été dégagé. Des facteurs peuvent être prédisposants comme le milieu urbain, l'inactivité professionnelle du patient, le contexte social actuel qui entraîne des attitudes consuméristes du patient, et le surmenage professionnel du médecin. Le terrain relationnel est souvent fragilisé, soit du fait de « patients difficiles » ou d'une évolution péjorative de la relation faisant naître une perte de confiance du patient et un manque d'investissement du médecin. Puis un événement précipitant fait basculer la relation vers un point de non-retour, tel que le conflit, la frustration du patient, l'épuisement émotionnel du médecin et l'atteinte de principe déontologique. La négociation entre le médecin et le patient est alors impossible, la rupture devient nécessaire. Dans un essai de typologie, quatre types de situation de rupture en lien avec le vécu du médecin apparaissent : la rupture incomprise, la rupture douloureuse, la rupture apaisante et la rupture détachée.

CONCLUSION : La rupture de la relation médecin-patient est rare en médecine générale. Elle est utilisée par le médecin en derniers recours quand il est dans l'incapacité de poursuivre la relation, en vue de préserver son intégrité et son bien-être professionnel. Il doit cependant assurer la continuité des soins. Une meilleure qualité relationnelle avec le patient, améliorée par l'acquisition d'aptitudes communicationnelles par le médecin, permet d'éviter les situations conflictuelles et la démission thérapeutique. La prise en charge médicale ainsi optimisée permettrait le renforcement de l'alliance thérapeutique.

MOTS-CLÉS

Relation médecin-patient ; Rupture de la relation ; Conflit ; Refus de traiter ; Patient difficile ; Changement de médecin traitant ; Souffrance médecin ; Médecine générale