



Année 2016/2017

Thèse
Pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
Diplôme d'État
par
Chloé Thi Tú Anh NGUYEN
Née le 28/10/1987 à Rennes (35)

**Récits auto fictifs et autobiographiques de médecins généralistes
français du XX^e siècle : évolution et illustrations de la médecine
générale**

Présentée et soutenue publiquement le **7 décembre 2017** devant un jury
composé de :

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU,
Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :
Professeur Hervé WATIER, Immunologie, Faculté de Médecine – Tours
Docteur Marie THOMAS, Médecine Générale – Châteauneuf-en-Thymerais

Directeur de thèse : Professeur François GOUPY, Médecine de Santé publique,
Faculté de Médecine – Paris Descartes



Année 2016/2017

Thèse
Pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
Diplôme d'État
par
Chloé Thi Tú Anh NGUYEN
Née le 28/10/1987 à Rennes (35)

**Récits auto fictifs et autobiographiques de médecins généralistes
français du XX^e siècle : évolution et illustrations de la médecine
générale**

Présentée et soutenue publiquement le **7 décembre 2017** devant un jury
composé de :

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU,
Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :
Professeur Hervé WATIER, Immunologie, Faculté de Médecine – Tours
Docteur Marie THOMAS, Médecine Générale – Châteauneuf-en-Thymerais

Directeur de thèse : Professeur François GOUPY, Santé publique, Faculté de
Médecine – Paris Descartes

Résumé

Cette thèse propose d'aborder l'exercice de la médecine générale par le spectre original de témoignages de médecins écrivains. Pour ce faire, nous avons déterminé un corpus littéraire de vingt ouvrages auto fictifs et autobiographiques de médecins généralistes français du XX^e siècle. Leurs parcours professionnels permettaient de retracer l'évolution que la médecine générale a connue depuis la Seconde Guerre mondiale. Nous avons analysé les textes pour illustrer différents aspects de la pratique des généralistes touchant notamment à la formation et à la carrière professionnelle, au cadre de travail, au contenu de la consultation, à la relation entre le médecin et son patient, mais aussi à la place des médecins généralistes dans le système de soin en finissant par rappeler quelques aspects médico-légaux de la pratique. Ce travail en littérature nous permet de brosser le tableau d'une discipline médicale en mutation constante depuis les années quarante en s'appuyant sur les témoignages authentiques d'hommes et de femmes de terrain, qui ont choisi l'écriture comme moyen de partage et de transmission.

Mots clefs : médecins généralistes, récits autobiographiques, corpus littéraire



Year 2016/2017

Thesis

DOCTORATE IN MEDECINE

State-registered diploma

By

Chloé Thi Tú Anh NGUYEN

Born the 28/10/1987 in Rennes (35)

Autobiography and autobiographical fictions of twenty-century French general practitioners : evolution and illustrations of general medicine

Public defence on the 7th december 2017

President of the thesis examiners : Professor Jean-Pierre LEBEAU, General medicine, University Lecturer, Faculté de Médecine – Tours

Thesis examiners:

Professor Hervé WATIER, Immunology, Faculté de Médecine – Tours

Doctor Marie THOMAS, General medicine – Châteauneuf-en-Thymerais

Ph.D thesis supervisor : Professor François GOUPY, Public health, Faculté de Médecine – Paris Descartes

Abstract

This PhD thesis proposes to address the practice of general medicine through the testimonies of practitioners. In order to do this, we selected a literary corpus of twenty autobiographies and autobiographical fictions of French general practitioners during the 20th century. Their professional career allowed to portrait the evolution of general medicine since World War II. We analyzed the writings, aiming to illustrate different aspects of the field of general practice, with extra attention on formations, professional career, the work frame, consultation content, doctor/patient relation, but also on the situation of general practitioners in the healthcare system, by finally recalling some medical forensic aspects. This transversal work, between literature study and analysis of written testimonies, allows get a clear picture of the constantly evolving of this field of medicine since the 40's, based on authentic men and women field stories, who decided to share their views and thoughts through writings.

Keywords : general practitioners, autobiographies, literary corpus

**UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr. Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr. André GOUAZE - 1972-1994
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Daniel ALISON
Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Pierre COSNAY
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr. Noël HUTEN
Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCHU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER
Pr. Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephane	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction

GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David Physiologie
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BERHOUEZ Julien Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe Biostatistiques, informatique médical et technologies
de communication
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle Biologie cellulaire
BLASCO Hélène Biochimie et biologie moléculaire
BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostatistiques, informatique médical et technologies
de communication
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DESOUBEAUX Guillaume Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GUILLEUX Valérie Immunologie
GUILLON Antoine Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille Immunologie
IVANES Fabrice Physiologie
LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale, pharmacologie
clinique
MACHET Marie-Christine Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille Médecine légale
ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire
TERNANT David Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia Neurosciences
BOREL Stéphanie Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse Médecine Générale
LEMOINE Maël Philosophie
MONJAUZE Cécile Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GUILLEUX Fabrice Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930

LE PAPE Alain Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira
pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Remerciements

À Monsieur le Professeur Jean-Pierre LEBEAU. Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.

À Monsieur le Professeur François GOUPY. Merci de me faire l'honneur d'être mon directeur de thèse, d'avoir endossé le rôle alors que le travail était déjà bien avancé et ce, malgré la distance.

À Monsieur le Professeur Hervé WATIER. Merci de me faire l'honneur d'être membre de mon jury.

À Madame le Docteur Marie THOMAS. Merci de me faire l'honneur et l'amitié d'être membre de mon jury.

Aux médecins généralistes qui m'ont accueillie dans leur cabinet. Merci de m'avoir formée à l'exercice de la médecine générale tout en me faisant découvrir la beauté du métier.

À mon tuteur, Monsieur le Docteur Christophe RUIZ. Merci de m'avoir rappelé qu'un sujet de thèse devait avant tout m'intéresser.

À Madame le Docteur Aude BONORD. Merci pour vos précieux conseils à propos de la méthodologie littéraire.

À ma famille et à mes amis. Merci de m'avoir accompagnée et soutenue.

Table des matières

Introduction	15
1. Le corpus littéraire.....	18
1.1. Méthode de sélection du corpus littéraire	18
1.2. À propos des auteurs.....	20
1.3. Le style autobiographique et ses apparentés	22
1.3.1. L'autobiographie et ses formes apparentées.....	22
1.3.2. Le médecin et le secret médical, glissement vers l'autofiction	23
1.4. Formes littéraires rencontrées	24
1.4.1. Autofictions à narration linéaire.....	24
1.4.2. Les journaux	25
1.4.3. Autofictions tirées d'un site web personnel	26
1.4.4. Autres autofictions	26
1.4.5. Autobiographie.....	27
1.5. Méthode d'analyse bibliographique.....	27
2. Analyse bibliographique : évolution et illustrations de la médecine générale.....	30
2.1. Formation et carrière.....	30
2.1.1. Vocation	30
2.1.2. Les études médicales	31
2.1.3. Carrière : de l'installation à la retraite	35
2.1.4. Rapports entre confrères.....	37
2.2. Cadre de travail et temps personnels	40
2.2.1. Le cabinet, seul ou à plusieurs.....	40
2.2.2. Organisation du travail	43
2.2.3. Du bon fonctionnement du cabinet : l'épouse, le téléphone et l'informatique ..	45
2.2.4. Temps personnel.....	47
2.3. Contenu de la consultation	50
2.3.1. Interrogatoire et examen clinique	50
2.3.2. Du recours aux examens complémentaires	52
2.3.3. L'ordonnance et la thérapeutique	54
2.3.4. Le règlement.....	56
2.4. La relation entre le médecin et le patient	59
2.4.1. La communication	59
2.4.2. Empathie, compassion, sympathie et attachement	62
2.4.3. L'information et le consentement du patient.....	64
2.4.4. Du paternalisme vers une relation équilibrée	67
2.5. Le médecin généraliste au sein du système de soin	70
2.5.1. Du médecin de famille au médecin traitant.....	70
2.5.2. Premier recours et tout venant.....	73
2.5.3. L'urgence et la permanence du soin	74
2.5.4. Accouchement.....	79
2.5.5. Coordination et recours aux médecins spécialistes et à l'hospitalisation.....	83
2.5.6. Prévention.....	89
2.6. Cadre légal	92

2.6.1.	Le secret médical.....	92
2.6.2.	À propos de l'avortement et de la fin de vie	95
2.6.3.	Indépendance.....	98
2.6.4.	Certificats	102
2.6.5.	Erreur médicale	105
3.	Discussion.....	109
3.1.	Du choix de la méthodologie.....	109
3.2.	De l'évolution de la médecine générale.....	111
3.3.	Approche introspective.....	113
3.4.	Motivations d'écriture	114
	Conclusion.....	120
	Bibliographie.....	122
	Annexes	127
Annexe 1	.....	127
Annexe 2	.....	127
Annexe 3	.....	128
Annexe 4	.....	128
Annexe 5	.....	128
Annexe 6	.....	128
Annexe 7	.....	128
Annexe 8	.....	129
Annexe 9	.....	129
Annexe 10	.....	129
Annexe 11	.....	130

Introduction

Introduction

Avant de me destiner à la médecine, j'affectionnais particulièrement les lettres. Tout au long de mon cursus médical, j'ai continué à assouvir avec constance ma passion de la lecture. Au moment où j'ai commencé à chercher un sujet de thèse, la littérature s'est naturellement invitée dans mes prospections et j'ai souhaité concilier dans un même sujet d'étude les lettres et la médecine. Cette dernière est une source intarissable d'inspiration dans la littérature romanesque et de nombreux médecins sont aussi des écrivains reconnus. L'originalité de cette approche transverse, peu commune, laissait un vaste champ d'action pour élaborer notre sujet de thèse.

Dès lors, nous avons cherché à constituer un corpus d'œuvres homogène et pertinent. Comme nous aurions procédé avec une population d'étude scientifique, nous avons défini des critères d'inclusion. Naturellement, nous nous sommes orientés vers la médecine générale et plus particulièrement les auteurs médecins généralistes français. Dans un souci d'accessibilité aux écrits, nous nous sommes cantonnés au XX^e siècle. Enfin, ont été retenus les récits d'inspiration autobiographique dans l'idée d'étudier des témoignages authentiques. Dans une première partie, nous présenterons les différents auteurs, leurs ouvrages et la forme littéraire qu'ils empruntent.

Pour analyser le corpus, nous avons choisi, très logiquement, une méthodologie littéraire en plaçant les textes comme point de départ pour en extraire un sujet d'analyse transversale à l'ensemble des récits. La première lecture analytique de notre corpus a permis de déterminer un plan d'étude articulé autour de différents aspects de l'exercice de la médecine générale. Ainsi, la deuxième partie de notre travail présentera l'analyse des textes où chaque aspect retenu sera illustré par des extraits, sélectionnés au cours d'une deuxième lecture de notre corpus et choisis selon leur pertinence et la diversité de point de vue qu'ils offrent. Nous commencerons par aborder la vocation des auteurs, leurs études jusqu'à leur carrière professionnelle. Puis nous tâcherons de décrire leur environnement et leur organisation de travail. Nous aborderons ensuite le contenu de la consultation médicale au travers des récits. Naturellement, nous développerons la notion de relation entre le médecin et son patient en détaillant les modes de communication. Par la suite, il conviendra de replacer le médecin généraliste au sein du système de soin en définissant quelques-unes de ses missions qui sont particulièrement développées dans les écrits. Enfin, nous finirons en abordant certains aspects

de la sphère médico-légale qui rendent l'exercice de la médecine générale particulièrement délicat.

Les récits des médecins du corpus permettent ainsi de relater les évolutions de la profession à différents égards sur une période allant de la Seconde Guerre mondiale aux années deux mille. Cette thèse n'est pas une étude historique mais une recherche en littérature appliquée à un corpus abordant la médecine générale. Son intérêt est de valoriser les récits d'inspiration autobiographique de médecins généralistes français, qui sont des témoins précieux de cette formidable profession.

Partie I

Le corpus littéraire

1. Le corpus littéraire

1.1. Méthode de sélection du corpus littéraire

La médecine et l'écriture sont des domaines qui peuvent paraître bien éloignés de prime abord. Toutefois, la médecine est un sujet très abordé par la littérature romanesque et il n'est pas rare de rencontrer un personnage de médecin. Par ailleurs, les écrivains médecins forment une grande famille lorsque l'on prend la peine de s'y intéresser et leur domaine d'écriture est vaste. Certains rédigent des ouvrages en rapport avec leur domaine de compétence. D'autres s'engagent, dans les débats actuels de santé. Certains s'illustrent sur un plan littéraire, bien éloigné de leur première profession. Dans ce travail, nous souhaitons croiser la médecine et la littérature en partant de textes qui traitaient de la médecine générale française. Les médecins écrivains sont apparus alors comme un choix évident.

De cette idée de travailler sur les auteurs médecins nous ait rapidement apparu la nécessité de déterminer un ensemble d'ouvrages cohérent pour appuyer notre analyse. Naturellement, nos recherches se sont portées vers les médecins généralistes, plus précisément sur ceux qui ont décidé d'écrire sur leur vie et leur parcours professionnel. Comme nous aurions procédé avec la sélection d'une population, nous avons déterminé un ensemble de critères d'inclusion qui nous paraissait intéressant. L'auteur devait être médecin, de nationalité française, exercer en tant que généraliste, du XX^e siècle et enfin l'auteur devait correspondre au narrateur et au personnage.

La recherche des ouvrages s'est effectuée via le site de la bibliothèque nationale de France ainsi que le logiciel Médiabase. Nous avons utilisé les mots clefs suivants : « récit », « autobiographie », « mémoires », « journal », « chroniques », « médecin généraliste », « médecin de campagne ».

À la suite de cette étape, nous avons pu nous procurer vingt ouvrages qui remplissaient les conditions de sélection dont voici la liste :

- Yves Averlant. *Chroniques d'un médecin des mines* [1]
Stéphanie Becquet. *Journal d'un médecin généraliste* [2]
Borée. *Loin des villes, proche des gens, chroniques d'un jeune médecin de campagne* [3]
Jacques Chauviré. *Journal d'un médecin de campagne* [4]
Dominique Delfieu. *Chroniques d'un médecin généraliste* [5]
André Dufilho. *Docteur, un cheval vous attend, mémoires d'un médecin du Pays Basque* [6]
Jacques Farisy. *Souvenirs d'un médecin de campagne* [7]
Fluorette. *Promenade de santé, chroniques d'une jeune généraliste* [8]
Jacques Franck. *La ballade du généraliste, un médecin au XX^e siècle* [9]
Marcel Goldstein. *Le cœur et la raison, autobiographie d'un médecin juif français né à Paris en 1930* [10]
Vladimir Guiheneuf. *Mémoire d'un médecin de campagne* [11]
Jaddo. *Juste après dresseuse d'ours, les histoires brutes et non romancées d'une jeune médecin généraliste* [12]
Charles Lanot. *Médecin de campagne* [13]
Christian Lehmann. *Patients, si vous saviez... Confessions d'un médecin généraliste* [14]
Paul Perrève. *La Burle* [15]
Jacques Reverzy. *Place des angoisses* [16]
Paul Sanlaville. *En Bourgogne, j'étais médecin à la campagne* [17]
Jean Pierre Servin. *Journal d'un médecin de campagne* [18]
Jean Van Eslande. *Et vous, docteur, ça va ? Parcours d'un médecin généraliste* [19]
Georges Vieilledent. *Médecin de campagne, une vie* [20]

Ce corpus de lecture représente la base de notre travail, la matière de notre réflexion.

1.2. À propos des auteurs

Suite à nos recherches, nous avons pu nous procurer vingt ouvrages dont les auteurs étaient médecins généralistes, français, appartenant au XX^e siècle et ayant écrit leur livre à la première personne du singulier. Nous les avons présentés, en ordre alphabétique, dans le tableau suivant (auteurs, dates de naissance et décès, sexe, région, secteur et dates d'exercice, H homme, F femme):

Nom prénom	naissance/décès	Sexe	région /département	secteur	dates d'exercice
Averlant Yves	1924	H	Pas-de-Calais	rural	1955-1989
Becquet Stéphanie	inconnue	F	Oise	rural	Inconnues
Borée	1972	H	Sud-Ouest	rural	2005-
Chauviré Jacques	1915-2005	H	Auvergne-Rhône- Alpes	urbain	1942-1981
Delfieu Dominique	inconnue	H	Ile de France	urbain	Inconnues
Dufilho AnDré	1911-2003	H	Pyrénées- Atlantiques	rural	1937-1953
Farisy Jacques	1923	H	Vienne	rural	1951-inconnue
Fluorette	inconnue	F	Alpes	rural	2011-
Franck Jacques	1925	H	Ile de France	urbain	1950-1990
Goldstein Marcel	1930-1997	H	Ile de France	urbain	1960-1997
Guiheneuf Vladimir	1927-2015	H	Somme	rural	1954-1991
Jaddo	inconnue	F	Inconnu	urbain	inconnues
Lanot Charles	1930	H	Orne, Normandie	rural	1957 à 1992
Lehmann Christian	1958	H	Ile de France	urbain	1985-
Perreve Paul	1930	H	Haute-Ardèche	rural	1959-1970
Reverzy Jacques	1914-1959	H	Rhône	urbain	1943-1959
Sanlaville Paul	1925	H	Saône-et-Loire	rural	1952-1990
Servin Jean Pierre	inconnue	H	Manche	rural	inconnues
Van Eslande Jean	1948	H	Eure	rural	1978-2014
Vieilledent Georges	1939	H	Haute-Loire	rural	1968-2012

La majorité de ces informations était présente dans leur ouvrage, soit directement au cœur de leur récit ou sur la quatrième de couverture. Pour un certain nombre d'entre eux, les données nous ont fait défaut. Les raisons sont multiples. L'auteur souhaitait rester anonyme et de ce fait, demeurait volontairement évasif, d'autres ne mentionnaient jamais directement de lieu ou de date et malgré des recherches plus poussées sur divers sites internet (site de l'édition, journaux locaux) nous n'avons jamais su précisément leurs dates de naissance et d'installation, ni même leur région d'exercice.

Globalement nous est apparu deux grandes catégories d'auteurs, de répartition très inégale.

D'un côté les quatorze médecins généralistes nés pendant la première partie du XX^e siècle. En totalité, ces auteurs étaient de sexe masculin. Ils se sont installés dans une France soit occupée par l'Allemagne nazie, soit au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Cinq d'entre eux travaillaient en milieu urbain et le reste en campagne. Leurs récits nous ont embarqués dans un formidable tour de France. Tous sont évidemment à la retraite et certains sont décédés. Dans le cas du Dr (docteur) Servin, bien que nous ignorions exactement ses dates d'exercice, la lecture de son ouvrage situe sa formation au lendemain de la Seconde Guerre. À noter que le Dr Perrève a cessé son activité de médecin généraliste en 1970 pour devenir médecin du travail.

De l'autre côté, nous avons cinq auteurs nés dans la seconde moitié du XX^e siècle. Leur nom nous étaient d'ailleurs familiers avant même d'avoir débuté notre travail de recherche. En effet Dr Borée, Jaddo et Fluorette sont des pseudonymes derrière lesquels se cachent des médecins bloggeurs reconnus. Leur ouvrage découle d'ailleurs de leur activité littéraire en ligne. La Dr Becquet tenait aussi un blog sous le pseudonyme du Dr Vincent. Dr Lehmann a écrit plusieurs ouvrages romanesques. Ce petit groupe était mixte avec la présence de trois femmes, et exerçaient pour moitié en milieu urbain. À noter que c'est dans ce groupe que plusieurs auteurs ont décidé de conserver l'anonymat et que nous n'avons de ce fait pas pu renseigner ni leur date de naissance et ni leur date d'exercice. À notre connaissance, ils sont encore tous en activité.

Seul le Dr Delfieu ne peut être classé. Ignorant sa date de naissance, nous n'avons pas trouvé d'indication précise dans son ouvrage nous permettant de trancher.

Nous pouvons aussi souligner le fait que deux médecins du corpus se connaissaient. Jacques Chauviré et Jean Reverzy ont fait connaissance durant leurs études. Par la suite, ils ont continué à se fréquenter, entretenant ainsi une solide amitié.

À présent, nous allons nous attarder sur la forme qu'ils ont donnée à leur récit.

1.3. Le style autobiographique et ses apparentés

Dans cette partie nous nous sommes penchés sur les formes littéraires que nous avons rencontrées à la lecture des récits de ces médecins généralistes. Avant d'aborder la question des ouvrages sélectionnés, il nous a semblé pertinent de revenir sur quelques définitions.

1.3.1. L'autobiographie et ses formes apparentées

Etymologiquement, le mot autobiographie vient des grecques *autos*, qui veut dire « soi-même », *bios* signifiant « vie » et de *graphie* voulant dire « écrire ». C'est donc un récit à la première personne du singulier où l'auteur, le narrateur et le protagoniste sont une seule et même entité.

Dans l'autobiographie, le récit est prospectif et souvent linéaire, il intervient après les événements. Il existe donc un écart entre le moi révolu (raconté) et le moi actuel (racontant), doublé d'un écart temporel. Ce qui la distingue du journal, ou de la correspondance, dont l'écriture se veut concomitante aux faits vécus et dont la narration est fragmentaire. On parle alors plus d'une forme autobiographique dans le cas des journaux et des échanges épistolaires.

Une autobiographie est, par ailleurs, un récit introspectif. C'est une véritable observation méthodique de sa vie antérieure, de sa personnalité. Ce dernier point nous permet de différencier l'autobiographie des mémoires qui mettent l'accent sur le contexte historique. Les auteurs y racontent leur vie publique et commentent l'histoire sans rendre compte nécessairement du développement psychologique de leur être.

Enfin, l'autobiographie engage la sincérité de l'auteur. Implicitement, l'écrivain conclut un « pacte » avec le lecteur. Il s'engage à restituer avec exactitude et fidélité. L'autobiographie se veut donc exhaustive et complète bien que les difficultés soient nombreuses. En effet, la mémoire peut faire défaut. L'auteur peut volontairement omettre certains détails afin de se présenter sous un meilleur jour, ou encore par censure morale. Parfois, les souvenirs sont refoulés. En somme, la mémoire offre une trame sur laquelle l'auteur brode pour combler les manques et de ce fait le pacte autobiographique est plus une intention de sincérité [21].

L'entreprise autobiographique entraîne donc un travail de l'imaginaire conduisant à l'écriture romanesque. Ce qui induit une forme de glissement vers un terme très largement utilisé qu'est l'autofiction.

L'autofiction entremêle fictif et réel. La narration y est souvent non linéaire permettant des sauts dans le temps. Noms, lieux, dates peuvent être inventés, intervertis. Les événements empruntés à la vie réelle octroient une véritable authenticité au texte tout en conservant l'homonymat de l'auteur, du narrateur et du personnage. L'autofiction prend en charge volontairement les mensonges masqués de l'autobiographie classique. C'est donc un texte où l'auteur développe sciemment une part de fiction pour décrire une expérience personnelle, comme nous le rappelle Awatif Beggar dans son article *l'autofiction : un nouveau mode d'expression autobiographique* [22].

1.3.2. Le médecin et le secret médical, glissement vers l'autofiction

« Quoi que je voie ou entende dans la société pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas »

Le serment d'Hippocrate, traduction par Émile Littré, 1839 (annexe 1)

Le secret médical, ou secret professionnel, reste un pilier de l'exercice de la médecine depuis l'antiquité. Il est un devoir pour tout praticien comme le rappelle tour à tour le Code de santé publique (annexe 2), le Code pénal (annexe 3) et le Code de la Sécurité sociale (annexe 4).

Le patient ne peut délier le médecin de son obligation de secret, même après son décès. Dès lors, le travail d'écriture d'un médecin peut rapidement se heurter à ce précepte de secret médical s'il souhaite évoquer sa vie professionnelle. Plusieurs auteurs du corpus rappellent le respect du secret professionnel au début de leur ouvrage comme c'est le cas pour le Dr Van Eslande ([19], p5) et le Dr Farisy ([7], p7) avec le serment d'Hippocrate, le Dr Lehmann ([14], p11) avec le Code de déontologie. En conséquent, face au secret médical, la plupart des auteurs médecins se doivent de glisser vers l'autofiction.

Pour rappel, l'autofiction désigne un récit où la trinité auteur, narrateur, protagoniste est une seule et même personne mais où le fictif se mêle au réel. La quasi-totalité de notre corpus littéraire pouvait rentrer dans cette catégorie.

Pour plusieurs ouvrages, dès les premières pages l'auteur nous explique avoir mêlé le fictif au réel. Ainsi, le Dr Sanlaville avoue avoir « introduit de la fiction, délocalisé les actions, travesti les faits, enfin, brouillé les pistes afin que nul ne puisse absolument se reconnaître ». Dans un souci de pudeur, il a préféré « ne pas relater tout ce qui était susceptible de choquer les lecteurs » ([17], p5). Le Dr Guiheuneuf mentionne que « par souci du secret médical, les noms et les situations ont été systématiquement changés » ([11], p9). Le Dr Van Eslande explique que « même si les situations décrites sont réelles, les noms et lieux ont été créés de toute pièces et respectent l'anonymat » ([19], p5). Le Dr Farisy évoque des « récits [...] anonymes » ([7], p7). Christian Lehmann compare ses personnages à des « créations littéraires » ([14], p11).

Seul Marcel Goldstein [1] s'est lancé dans l'écriture d'une autobiographie. Cependant, la première partie de son ouvrage couvre essentiellement son enfance pendant l'occupation. Puis viennent les années d'études. Il ne parle alors jamais des patients. Plus tard, jeune médecin installé, nous ne sommes jamais conviés à ses consultations et il préfère s'étendre sur l'organisation de son cabinet, ses combats pour faire évoluer la pratique libérale de la médecine. De ce fait, il n'enfreint pas le secret médical qui le rattache à ses patients.

Finalement ce qui va permettre la distinction des ouvrages est plutôt le déroulé de la narration.

1.4. Formes littéraires rencontrées

1.4.1. Autofictions à narration linéaire

Nous y classons les ouvrages dont l'auteur respecte une certaine chronologie à l'instar du Dr Farisy. *Souvenirs d'un médecin de campagne* [7] se découpe en grandes périodes retraçant sa vie de ses études à ses remplacements, puis sa carrière médicale jusqu'au glas de sa retraite. Le déroulé est ponctué de dates précises.

Le récit de Georges Vieilledent est assez similaire. *Dans médecin de campagne, une vie* [20] nous le suivons sur les pas de sa formation, son installation, son exercice isolé en campagne puis sa recherche impossible d'un successeur en vue de sa retraite.

Dans la même lancée, citons *Mémoires d'un médecin de campagne* [11] du Dr Guiheuneuf où nous pouvons assister à ses débuts à l'hôpital en tant qu'étudiant puis le suivre jusqu'à sa retraite au début des années quatre-vingt-dix.

Dans *Docteur, un cheval vous attend, mémoires d'un médecin du Pays Basque* [6], nous devenons témoins des premiers pas hésitants d'André Dufilho en tant qu'externe jusqu'à ses aventures de médecin résistant sous l'occupation allemande.

Pour le Dr Réverzy, *Place des angoisses* [16] retrace seulement ses débuts en tant qu'étudiant en médecine à son installation, avec pour toile de fond la ville de Lyon au début du XX^e siècle.

Parfois, le fil conducteur narratif suit le déroulé d'une journée de travail imaginaire comme c'est le cas dans le livre du Dr Lehmann *Patients, si vous saviez... Confessions d'un médecin généraliste* [14] et *Chroniques d'un médecin généraliste* [5] du Dr Delfieu. Nous suivons alors l'auteur à son cabinet, dans sa voiture lors de ses visites ou encore dans ses rares moments de pause. *Et vous, docteur, ça va ? Parcours d'un médecin généraliste* [19] du Dr Van Eslande en est aussi un bon exemple.

1.4.2. Les journaux

Comme expliqué précédemment, le style du journal, bien que proche de l'autobiographie, s'en distingue par une narration fragmentée, rythmée par la simultanéité des faits. L'auteur écrit, date après date, le déroulé de son existence et de ses réflexions. Dans cette catégorie, nous avons regroupé plusieurs auteurs, cependant, leur écriture peut différer. Commençons par les authentiques journaux de bord.

L'ouvrage du Dr Averlant, *Chroniques d'un médecin des mines* [1] est une publication posthume. Pendant neuf années (1980 à 1989) le médecin de cette corporation ouvrière du Pas-de-Calais va coucher sur le papier quelques histoires qui parsemèrent son parcours professionnel. Elles prennent la forme de courts récits datés relatant tantôt une anecdote cocasse, tantôt un drame ordinaire, ponctué par une réflexion de l'auteur sur la situation. Le patient y est désigné par une simple lettre.

Assez similaire, le *Journal d'un médecin de campagne* [4] du Dr Chauviré couvre une décennie. Le style y est plus concis et introspectif. Le médecin y écrit un peu de ses expériences professionnelles mais surtout, il partage ses lectures, ses réflexions métaphysiques. Il y mentionne aussi sa correspondance active avec d'autres auteurs comme Albert Camus et son amitié avec Jean Réverzy.

Dans ces deux ouvrages, on comprend de manière implicite que ces écrits n'étaient pas destinés à la publication au moment où ils ont été rédigés.

Le récit du Dr Becquet, *Journal d'un médecin généraliste* [2], emprunte aussi cette forme. Il est cependant tiré d'un blog *Les états d'âme du Dr Vincent*, anonyme au départ. Pendant trois années, elle y partage les difficultés rencontrées lors de son exercice de la médecine générale dans son cabinet rural. Nous sommes donc plus devant une construction fictive de journal.

1.4.3. Autofictions tirées d'un site web personnel

Notre époque regorge de sites web personnels touchant à un peu près tous les domaines et toutes les intentions. La profession médicale est une grande pourvoyeuse d'auteurs sur internet, dit bloggeurs. Face aux difficultés de l'exercice médical, nombreux sont ceux qui ressentent le besoin de partager par l'écriture et ainsi, de prendre le recul nécessaire à leur pratique.

Nous avons cité plus haut la Dr Becquet dont l'ouvrage emprunte la structure d'un journal. Dans la même idée, nous avons plusieurs auteurs anonymes qui, suite au succès de leur blog, ont publié une forme papier des billets postés régulièrement sur leur site, autant de récits de situations cliniques authentiques. Cependant, l'organisation des chapitres ne fait référence à aucune chronologie mais représente plutôt une succession de petites histoires de consultation. Nous pouvons ainsi présenter l'ouvrage de Fluorette, *Promenade de santé, chroniques d'une jeune généraliste* [8] ainsi que *Loin des villes, proche des gens, chroniques d'un jeune médecin de campagne* [3] du Dr Borée et enfin *Juste après dresseuse d'ours, les histoires brutes et non romancées d'une jeune médecin généraliste* [12] par Jaddo (acronyme de Juste Après Dresseuse d'Ours).

1.4.4. Autres autofictions

Dans ce groupe nous citerons les ouvrages correspondant aussi à un recueil de récits de situations cliniques authentiques mais ne découlant pas d'un site web. Chaque chapitre donnant très souvent lieu à la construction d'un récit avec un schéma narratif classique débouchant sur une réflexion personnelle de l'auteur, une méditation. La variété des faits décrits se nourrissent de l'exercice professionnel du médecin écrivain.

Les chapitres peuvent ainsi s'enchaîner sans lien direct les uns entre les autres comme c'est le cas dans *Médecin de campagne* [13] de Dr Lanot, l'ouvrage du Dr Sanlaville, *En Bourgogne j'étais médecin à la campagne* [17] ou encore *La Burle* [15] du Dr Perrève. *Dans Journal*

d'un médecin de campagne [18], Jean-Pierre Servin partage une dizaine d'anecdotes, largement romancées.

Dans le cas du Dr Franck, son ouvrage *La ballade du généraliste, un médecin au XX^e siècle* [9] est plus un ensemble de réflexions sur le métier de médecin généraliste émaillé d'exemples concrets issus de sa pratique professionnelle.

1.4.5. Autobiographie

Dans cette catégorie nous rangerons un unique ouvrage, celui de Marcel Goldstein intitulé *Le cœur et la raison, autobiographie d'un médecin juif français né à Paris en 1930* [10]. Son œuvre retrace le déroulé de sa vie en suivant une chronologie stricte. Nous y découvrons l'histoire de sa famille d'origine juive polonaise, puis son enfance. En toile de fond une France occupée par l'Allemagne nazie. Il conte ensuite ses longues et laborieuses études de médecine. Puis nous le suivons dans sa carrière libérale. Il ne fait finalement que peu mention de son exercice professionnel au quotidien mais plutôt de son combat engagé en tant que médecin syndicaliste et en tant que juif. Malheureusement, l'autobiographie s'arrête brutalement avec le décès de son auteur en 1997, des suites d'une intervention chirurgicale.

1.5. Méthode d'analyse bibliographique

Dans notre recherche, nous avons fait le choix de partir des textes en privilégiant une approche littéraire. De ce fait, nous avons procédé à une première lecture attentive de l'ensemble des livres, ce qui nous a permis de déterminer des thématiques communes d'une œuvre à une autre. Évidemment, du fait des critères de sélection du corpus littéraire, l'ensemble des récits tournait autour de la pratique de la médecine générale et cette première lecture nous a permis de cibler plusieurs aspects de l'exercice médical qui étaient souvent abordés par les médecins généralistes de notre corpus.

De cette redondance nous avons établi un plan qui englobe différentes caractéristiques de l'exercice de la médecine générale. Nous avons ainsi effectué une deuxième lecture du corpus pour recenser de manière exhaustive les différents passages susceptibles de correspondre aux thématiques retenues.

Enfin, nous avons fait un travail rédactionnel. À chaque thématique nous avons mentionné les passages les plus pertinents et qui offraient une diversité de réponse. Ce panel d'illustrations permet de rendre compte des pratiques, de leur éventuelle évolution au fil du temps et des

récits. Nous sommes donc face à un travail d'analyse de texte autour de l'exercice de la médecine générale à partir d'un corpus littéraire regroupant les récits auto fictifs et autobiographiques de médecins généralistes français du XX^e siècle.

Partie II

Analyse bibliographique : Évolution et illustrations de La médecine générale

2. Analyse bibliographique : évolution et illustrations de la médecine générale

2.1. Formation et carrière

2.1.1. Vocation

À l'origine de l'exercice de la médecine générale, nous pouvons nous poser la question de la vocation. La médecine est une profession qui confronte rapidement l'aspirant médecin aux travers les plus pénibles de l'existence que sont la maladie et la mort, le tout dans une solitude relative au secret médical. Par quel cheminement, une jeune personne, peut se destiner à devenir médecin, qui plus est médecin généraliste ? La lecture de notre corpus nous apporte différents éléments de réponse.

Jean Reverzy est né en 1914 à Lyon. Dans son roman largement autobiographique *Place des angoisses*, il décrit la forte impression que lui fit le professeur Joberton de Belleville. Ce dernier habitait son quartier et son personnage suscitait la déférence sur son passage ce qui ne manquait pas de fasciner l'enfant. Il n'en fallut pas plus pour décider Jean Reverzy à embrasser une carrière de médecin, « plus spécialement de grand médecin » ([16], p24-25). La genèse de la vocation de l'écrivain se trouve dans l'admiration d'un éminent médecin.

Vladimir Guiheneuf exerçait dans la Somme. Dans son livre, il explique avoir été poussé par son père dans les études médicales. Dans un contexte de Seconde Guerre mondiale, le médecin apparaissait alors comme le seul qui soigne et sauve des vies ([11], p30-31). Son choix semblait alors un héritage familial de valeurs humanistes, notamment celle de sauvegarder et protéger la vie dans cette période de conflit.

Pour Jaddo, le métier devient une évidence quant à l'âge de sept ans l'auteur se rend compte de la complexité du fonctionnement de la vue. Elle décide alors de tirer les choses au clair en devenant neurochirurgienne. Finalement, ce sera la rencontre, au cours de ses études, avec deux généralistes investis qui la conduira vers cette spécialité ([12], p15-16). Sa profession découle donc d'une curiosité personnelle puis de rencontres avec des mentors qui détermineront la direction de la médecine générale.

Avec cette même idée de découverte de la médecine générale en cours de cursus universitaire, nous pouvons évoquer le cas du Dr Borée. En sixième année, la lecture du livre de Martin

Winckler, *La maladie de Sachs*, le conforte vers cette spécialité où le contact humain prime ([3], p13).

Parfois, la vocation est plus hasardeuse. On tombe en médecine générale par des chemins détournés et on y reste finalement toute sa vie professionnelle. Georges Vieilledent visait au début une carrière hospitalière. Ayant échoué au concours de l'internat, il décide de remplacer un médecin de campagne quelques mois, le temps de se représenter à l'épreuve écrite. Il débarque ainsi dans un petit village de Haute Loire pensant y rester six mois. Il y restera finalement quarante-quatre ans ([20], p15-19), happé malgré lui par un exercice sur le terrain qui se révélera passionnant.

Nous pouvons évoquer Dominique Delfieu, qui choisit de reprendre ses études à 33 ans, après avoir exercé le métier d'ébéniste. L'auteur ne peut d'ailleurs expliquer le pourquoi de ce revirement professionnel si ce n'est qu'il lui est apparu comme une évidence ([5], p63).

Enfin, nous parlerons du parcours particulier du Dr Averlant. Il exerça d'abord dans un service de psychiatrie pour finalement obtenir un poste salarié de médecin des mines en 1955. Il devient ainsi le médecin de famille d'une grande corporation ouvrière ([1], p3-4).

Les raisons qui peuvent nous pousser vers ce métier sont donc nombreuses. Certains sont attirés par la noblesse de l'image du médecin, les valeurs de la profession, les responsabilités ou encore la richesse de son exercice. Parfois, ce sont des rencontres déterminantes qui façonnent le parcours qui mène à la médecine générale. Cette présentation, loin d'être exhaustive, en est une bonne illustration. Néanmoins, il ne suffit de souhaiter devenir médecin, il faut ensuite réussir le cursus universitaire.

2.1.2. Les études médicales

En une centaine d'années, les études pour accéder à la profession de médecin généraliste ont connu de profonds changements.

Au début du XX^e siècle, pour s'inscrire en école de médecine, l'étudiant devait avoir obtenu son examen de physique chimie et sciences naturelles (PCN). Suivaient alors six années de formation que l'on pouvait qualifier de mixtes. D'une part des travaux pratiques, faits de stages hospitaliers qui commençaient dès la première année, et d'autre part, des enseignements théoriques avec cours magistraux comme nous l'apprend la thèse du Dr Salvatore [23]. La réussite de ces études requérait la validation d'examens probatoires ainsi

que la soutenance d'une thèse. Un étudiant était autorisé à commencer les remplacements en médecine générale dès la fin de la 5^e année. À noter que le concours de l'internat, créé en 1802, avait pour but d'ouvrir la voie hospitalière et de ce fait, n'était pas obligatoire. C'est donc ce cursus universitaire que les médecins de notre corpus, nés au début du XX^e siècle, ont connu.

Jacques Farisy nous entraîne à l'hôpital, lors de ses premiers jours en tant qu'étudiant en médecine. À l'époque, chaque première année était chapoté par un deuxième année qui avait la tâche de lui enseigner l'art de l'examen clinique et les premiers gestes techniques au lit du malade pas toujours enthousiaste à cette idée ([7], p11). L'étudiant en médecine pouvait rapidement réaliser certains gestes aujourd'hui réservés à des médecins chevronnés. Yves Averlant se souvient ainsi avec émotion avoir anesthésié un enfant de sept ans au masque dès ses premiers jours à l'hôpital ([1], p30-31).

Mais la formation à l'hôpital se faisait aussi grâce aux visites professorales. Jean Réverzy décrit bien la procession faite d'étudiants, médecins extérieurs, infirmières, externes et internes que l'on pouvait observer à la suite d'un professeur qualifié de « maître » ou encore de patron. Le cortège formait une véritable suite, se pressant aux talons du vénérable partageant son savoir de services en services, au lit des malades ([16], p30-31). Le patient demeurait silencieux, l'interne répondant aux questions du maître bien souvent à sa place. Il n'était pas rare que le malade soit d'ailleurs examiné aux yeux de tous et souvent par plusieurs étudiants.

Pour ce qui est des cours théoriques, Jean Réverzy nous offre une belle description du cours magistral au début du XX^e siècle. La leçon se déroulait dans un amphithéâtre pourvue d'une chair de laquelle le professeur dispensait son savoir. Parfois, un malade était amené dans la salle sur un brancard pour illustrer telle ou telle pathologie. On pouvait lui demander d'exécuter quelques pas où de se dénuder pour montrer un signe clinique ([16], p34-36).

En 1948, Marcel Goldstein qui vivait à Paris, nous explique que ceux qui souhaitaient suivre la voie hospitalière devaient préparer le concours de l'externat des hôpitaux de Paris. Il existait alors un système de conférences payantes, appelées « sous-colles ». Elles se faisaient en petit groupes de 4 à 5 élèves. À l'époque le concours regroupait quelques trois mille étudiants venus de la France entière, dont le seul pré-requis était d'être au moins en deuxième année de médecine, pour seulement trois cents places (p[10], p168). Notre auteur sera reçu à la troisième tentative. Pour ce qui est du concours de l'internat. L'épreuve était encore plus

difficile. Elle se composait d'un examen écrit et selon le score obtenu, l'étudiant pouvait se présenter à l'examen oral qui se déroulait en public, dans un amphithéâtre de l'hôpital de Necker. Chaque étudiant admis attendait fiévreusement chaque jour d'être tiré au sort. Si c'était le cas, il disposait d'un certain temps dans une salle pour préparer une des deux questions tirées au sort, une de médecine et la deuxième de chirurgie, avec neufs autres camarades. Puis il revenait dans l'amphithéâtre présenter un exposé de dix minutes devant un jury composé de cinq professeurs de médecine et cinq professeurs en chirurgie. À raison de trente séances par jour, les épreuves orales se déroulaient sur trois mois au bout desquels les notes des examens écrits et oraux étaient additionnées. Les reçus titulaires devenaient alors internes, les autres n'avaient plus qu'à tout recommencer ([10], p201-203). On devenait candidat sérieux généralement qu'à partir de la troisième tentative. Marcel Goldstein fut admis à l'épreuve orale au bout de la troisième fois sans toutefois réussir à devenir interne. Par la suite, la guerre d'Algérie le conduira à laisser ses études de côté pendant deux années. Finalement, à son retour en France, il décide de passer sa thèse pour ensuite démarrer une carrière libérale ([10], p327).

En 1972, face à l'afflux massif d'étudiants en médecine, le *numerus clausus* est instauré. Les six premières années deviennent un tronc commun à tous les étudiants. Le deuxième cycle, l'externat, qui se déroule de la 4^e à la 6^e année, est obligatoire pour tous. Pour entrer en 3^e cycle il faut avoir validé les examens du 2^e cycle et obtenu son certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT). En 1982, le concours de l'internat devient l'unique voie pour la spécialisation. À partir de 2004, les futurs médecins généralistes ont aussi l'obligation de passer ce fameux concours qui devient alors les épreuves classantes nationales, dites ECN. S'ensuit un internat de trois ans composé d'une majorité de stages hospitaliers et un seul obligatoire en médecine générale [23].

Les concours sont des années difficiles. La concurrence entre étudiant peut devenir impitoyable et Fluorette se souvient avec amertume que personne ne voulait lui prêter ses cours pour qu'elle puisse les rattraper après une absence pour maladie ([8], p22). Dans certaine faculté, les élèves peuvent aller jusqu'à faire le pied de grue pendant des heures devant les amphithéâtres fermés, dans l'espoir d'avoir une place de choix pour suivre les cours. Jaddo se souvient ainsi avoir pu compter sur des amis qui arrivaient dès six heures du matin pour un enseignement qui commençait à huit heures ([12], p29-30). Dans son ouvrage elle qualifie cette première année de « monde à part » approchant la « folie douce » ([12], p143).

À la lecture des ouvrages des médecins généralistes de la seconde moitié du XX^e siècle, il apparaît que les étudiants de médecine sont confrontés aux mêmes difficultés que leurs aînés du début du siècle. Bien que l'environnement ait changé, on entend par là des moyens techniques plus poussés et des structures hospitalières plus grandes, la formation reste fondamentalement la même. Toujours une partie théorique, faite de cours magistraux, et une partie clinique à l'hôpital avec des stages. On peut même déplorer parfois un manque d'encadrement. À ce titre, Fluorette se souvient de son passage aux urgences en tant qu'externe. Loin d'apprendre l'art de l'interrogatoire, de l'examen clinique suivi d'une discussion éclairée avec un interne ou un chef, elle se retrouve confrontée à une réalité bien différente. L'externe sert de « débroussailleuse ». Il anticipe en demandant des examens complémentaires, brancarde, gère la famille sans supervision directe ([8], p31). Un apprentissage sur le tas. Quand plus tard elle devient interne dans ce même service, l'histoire se répète et elle découvre des médecins chefs absents lui laissant le soin de gérer la boutique ([8], p51-56). Jaddo conte une histoire similaire avec son stage en radiologie durant son externat. Elle décrit deux mois à errer à la recherche d'une bonne âme acceptant de la prendre sous son aile afin de lui prodiguer quelques enseignements ([12], p239-243). Pour ce qui est de l'enseignement à l'hôpital, certaines traditions perdurent. Les grandes visites professorales peuvent encore se croiser selon les services et des patients peuvent ainsi voir arriver dans leur chambre un cortège de blouses blanches. À ce propos, Jaddo nous conte le jour où elle assista au spectacle étonnant d'une patiente qui entreprit de saluer chaque étudiant présent dans sa chambre par une poignée de main, en finissant évidemment par le professeur. Elle provoqua ainsi une stupeur silencieuse par sa leçon de normalité, mettant en exergue le manque d'égard qu'une telle pratique médicale peut parfois entraîner ([12], p251-253).

Nous finirons par aborder les stages chez les praticiens, soit chez les médecins généralistes. Il est à déplorer que pendant longtemps le médecin généraliste aspirant n'apprenait les particularités de son exercice que très tardivement lors de ses remplacements ou de son installation, les rares fois où elle se faisait à la sortie des études. Depuis 1997, à la formation pratique hospitalière s'ajoute un stage extra hospitalier le plus souvent chez des praticiens généralistes. Aujourd'hui, l'interne peut effectuer jusqu'à deux stages extra hospitaliers. Bien sûr, les déconvenues peuvent être au rendez-vous comme par exemple pour Jaddo, qui se retrouve reléguée dans un coin du cabinet ayant de temps en temps l'immense honneur de prendre une tension artérielle ([12], p35). Mais souvent, ces stages extra hospitaliers tant attendus sont aussi l'occasion de se rassurer sur la voie choisie, voir d'avoir l'illumination

totale comme c'est le cas de Fluorette qui explique être tombée « follement [...] amoureuse » de la médecine générale ([8], p68).

L'évolution des études médicales au cours du siècle passé est ici abordée au travers des récits. Bien que la forme ait changé (durée, examens, structures), le fond reste assez similaire soit un mélange de formation théorique et pratique. Les étudiants sont confrontés, via l'hôpital, à un système très hiérarchisé où on peut parfois se poser la question du respect de la dignité du patient, quelque soit l'époque. L'élève apprend beaucoup par compagnonnage et peut se retrouver en difficultés lorsqu'il est peu ou mal encadré. L'instauration d'un système de concours qui sélectionne selon des capacités de mémoire pose aussi la question de la vocation. Toutefois, l'étudiant actuel en médecine générale apparaît plus préparé à l'exercice de sa spécialité, grâce à des stages en cabinet libéral, là où ses aînés ne découvraient les spécificités de cet exercice seulement lors des premiers remplacements.

2.1.3. Carrière : de l'installation à la retraite

Au terme de ces fastidieuses années de formation, et après avoir soutenu une thèse, l'étudiant devient un docteur en médecine générale. Il peut alors soit effectuer des remplacements, notamment pour parfaire ses connaissances du terrain, soit chercher un poste salarié ou encore débiter une carrière libérale.

Pour resituer le contexte, nous nous référerons à l'article de Jean Bui-Dang-Ha-Doan [23] pour rappeler l'évolution de la démographie médicale depuis le début du XX^e siècle. Citons quelques chiffres. En 1901, le corps médical français est de 15900 praticiens. Il passe à 46700 en 1960. La densité médicale passe ainsi de 39,1 pour 100 000 habitants à 103,7 en soixante ans. Ces chiffres sont légèrement en faveur des zones urbaines. L'installation n'est donc pas une affaire aisée.

Jean Réverzy s'est installé en 1943 dans un quartier ouvrier de Lyon. La concurrence est rude et le jeune médecin attend de longues journées avant de pouvoir soigner son premier patient. La femme, qu'il a engagée pour tenir son cabinet, lui conseille alors de se présenter au pharmacien du quartier pour entrer dans ses bonnes grâces. S'il se débrouille bien, l'apothicaire peut lui adresser beaucoup de patients. L'accord implicite est scellé avec le pharmacien par la promesse de prescrire de nombreux remèdes ([16], p 93-94). L'indépendance du médecin n'apparaît comme primordiale dans cet exemple.

L'installation en milieu rural peut parfois être plus facile. Si le jeune docteur accepte de s'éloigner de la ville et de choisir, par le fait, un secteur plus isolé, il souffrira moins de la concurrence. André Dufilho fait ce pari. Pendant son service militaire, il apprend que la vallée de Saint-Etienne-de-Baïgorry, dans le Pays Basque, est privée de médecin depuis des mois. Sans perdre de temps, à sa démobilisation en 1937, le jeune docteur s'installe dans cette région difficile d'accès, séduit à l'idée d'une « médecine complète, la joie des difficultés à vaincre sur les chemins, les improvisations dans le drame et l'isolement » ([6], p8).

Dans le cas du Dr Guiheuneuf, son installation en 1954 était la suite logique de ses remplacements. Au-delà de toute espérance, le Dr Harvet, qu'il remplace depuis trois années, lui propose une association, le jugeant digne de confiance et allant même jusqu'à négocier l'achat de sa future maison ([11], p137-138)

Nous pouvons aussi évoquer le cas du Dr Averlant qui choisit un poste de salarié en devenant médecin des mines. N'ayant pas la fibre libérale, ce poste correspond bien à ses attentes ([1], p48).

À travers ce chapitre, nous pouvons noter que seuls quelques médecins nés pendant la première moitié du XX^e siècle ont partagé dans leur autofiction leur expérience relative à leur installation. Elles reflètent bien l'expansion de la démographie médicale qui pouvait alimenter une forte concurrence surtout en milieu urbain. À l'opposé, certaines régions rurales difficiles d'accès connaissaient déjà une situation de pénurie médicale. La démographie médicale va ainsi continuer à croître pour avoisiner les 300 médecins par 100 000 habitants en 1997, comme l'atteste l'article de François-Xavier Schweyer dans la revue *Actualité et dossier en santé publique* [25]. Pourtant, le mot pénurie est sur toutes les lèvres. Bien que le nombre de médecins en France n'ait jamais été aussi haut, le médecin généraliste se raréfie. On évoque la faute au numéris clausus, aux départs en retraite, à la course aux spécialités, à la féminisation etcetera. Nous ne ferons pas ici l'analyse de ce phénomène mais nous relaterons l'expérience malheureuse du Dr Vieilledent dans son impossible recherche d'un successeur.

Les années deux mille commencent, Georges Vieilledent a plus de soixante ans et songe à préparer sa retraite. Il lui faut trouver un successeur. Il commence d'abord par écumer les universités des environs pendant ses repos afin d'y déposer des petites annonces papier. Il passe ensuite à la version internet sans grand succès. Loin de se décourager, il devient maître de stage et accueille des étudiants en dernier cycle pour une période de 6 mois. La logistique n'est pas aisée dans son petit bourg de moins de trois mille âmes mais cela ne l'arrête pas pour

autant. Il tient pension dans sa demeure. Il voit ainsi défiler pas loin d'une dizaine d'étudiants. Plusieurs fois il espère une possible succession, en vain. Pourtant il se montre attractif avec la promesse d'une exonération de taxe professionnelle pendant cinq ans à laquelle il espère ajouter l'exonération de la taxe d'habitation par le concours du maire. Mais c'est l'échec, en 2012, le Dr Vieilledent ferme définitivement son cabinet sans successeur à l'âge avancé de soixante-treize ans. Il a bien conscience que la profession n'est plus aussi attractive. C'est une vie de dévouement. De plus, pour ceux déjà engagés dans une vie de couple, le milieu rural devient presque rédhibitoire tant pour les perspectives professionnelles du conjoint que pour envisager une vie sociale ou une scolarisation hypothétique d'enfants ([20], p216-239).

Ces divers témoignages autour de l'installation et la succession rendent bien compte de l'évolution de la médecine générale au cours du siècle passé. Bien que le nombre de médecins soit en constante augmentation, l'offre peine de plus en plus à répondre à la demande, avec toujours une disparité sur le territoire au détriment évident des zones dites rurales. Nous avons pu aussi noter un esprit de concurrence marqué dans la profession, ce qui nous amène à nous poser la question des rapports entre confrères.

2.1.4. Rapports entre confrères

Dans le Code de la santé publique, il est mentionné à l'article 56 que « les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité [...]. Les médecins se doivent assistance dans l'adversité » (annexe 5). À l'image de cet article, les médecins se doivent solidarité et entente cordiale. La réalité est autrement plus complexe.

Les médecins forment un corps de métier singulier dont le sentiment d'appartenance s'enracine très tôt dans l'esprit de l'étudiant carabin. Le bizutage, aujourd'hui considéré comme un délit passible d'une amende assortie d'une peine d'emprisonnement (Annexe 6), était monnaie courante dans les années quarante. Paul Sanlaville se souvient bien des brimades subies dès l'année de préparation au certificat de Physique Chimie, Biologie. Il partage dans son livre une séance mémorable précédant de peu l'examen. Chaque bizut devait comparaître devant une assemblée formée d'étudiants plus âgés, les hommes totalement nus, les femmes ayant droit au maillot de bain une pièce. Notre auteur se retrouva donc dans le plus simple appareil, devant une foule vociférant des insultes, prié de décrier en vers des propos grivois. Restant coi, le jury le condamne au supplice du clair de lune, à savoir un simulacre de sodomisation à l'aide d'une chandelle. Heureusement, les sentences n'étaient

jamais appliquées et Paul Sanlaville échappa à cette scandaleuse et humiliante condamnation ([17], p8-9). Aujourd'hui, une telle pratique s'apparenterait à un crime.

Concernant la formation, l'étudiant peut être confronté à l'abaissement à l'hôpital. Comme nous avons pu le voir précédemment, l'organisation hospitalière d'antan pouvait mimer une hiérarchie stricte au sommet duquel trône le professeur. Charles Lanot nous conte dans son ouvrage le souvenir d'une vive humiliation. Jeune externe, il débarque dans un nouveau service sans être mis au courant des usages et se retrouve confronté au patron suivi de sa cour. Ce dernier s'étonne de ne pas connaître le nouveau venu et l'invective de ces propos agressifs suivants : « vous ne savez donc pas, Monsieur, que l'usage veut qu'on commence par se présenter au chef de service quand on prend ses fonctions ? Visiblement vous débarquez de votre province ! ». Et devant les timides formules d'excuse de l'intéressé, s'insurge : « on ne dit : excusez-moi, Monsieur, c'est un mode affirmatif ! S'adressant à son supérieur on dit : je vous demande Monsieur de bien vouloir m'excuser » ([13], p16-17). L'auteur ressort de cet épisode humilié, sentiment qui le marquera profondément au point de relater cette mésaventure dans son récit bien des années plus tard.

Fort heureusement, tous les chefs de service ne sont pas aussi cruels. Fluorette se remémore avec émotion celui des urgences où elle fit son stage d'externe. Elle décrit un médecin chef doux et patient avec ses élèves, prenant le soin de montrer, d'encadrer mais aussi d'écouter. Cette rencontre bienveillante sera déterminante dans son cursus ([8], p 31-34).

Dans l'exercice libéral, l'entente entre confrères n'est pas non plus aisée. Les ouvrages de notre corpus regorgent d'exemples mettant à mal la confraternité médicale. Dans cet exercice où l'individualité prime, il est facile de juger autrui voir de le jalouser. Le Dr Guiheuneuf, dans son livre, partage avec nous la véritable guerre que se livraient deux médecins concurrents d'un même canton. Dr Rolasie et Dr Dexter ne manquaient pas une occasion de discréditer l'autre, voire de l'insulter. Ils déchiraient les ordonnances de leur concurrent, allant jusqu'à accuser l'adversaire de vouloir empoisonner le pauvre patient, qui balloté entre les deux praticiens, ne savait plus que faire. L'exécrable situation trouva son issue dans le décès, hélas prématuré, d'un des deux protagonistes ([11], p85-87).

De manière plus contemporaine, la situation de pénurie médicale tend certainement à diminuer cet esprit de concurrence, du moins dans les secteurs sinistrés. En revanche, on peut voir les relations entre confrères se compliquer devant l'affluence du travail. La Dr Becquet se souvient ainsi avoir vécu l'enfer en période de grippe. Un de ses confrères du même village

était alors remplacé par un médecin qui n'arrivait pas à suivre la cadence. En découlait un surplus de travail pour elle qui engendrait un sentiment d'agacement à l'égard de ce remplaçant ([2], p 136).

Heureusement, il existe aussi de vrais exemples de confraternité. Paul Sanlaville explique avoir bénéficié d'un très bon accueil lors de son installation. Bien que « chassant sur les mêmes terres », chaque praticien restait attentif à la bonne entente et le respect du travail de chacun. S'organisant pour les tours de garde et sympathisant en dehors de leur travail, il se faisait de nombreux amis. Par la suite, le Dr Sanlaville mit un point d'honneur à entretenir cette bonne entente avec les médecins qui vinrent s'installer dans les communes avoisinantes ([17], p93-94).

Dans ce même esprit, Geroges Vieilledent donna sans difficulté sa bénédiction au conseil de l'Ordre à l'installation de son remplaçant dans le même village que lui. Espérant par-là se dégager enfin un peu de temps pour des activités personnelles ([20], p61).

Mais la confraternité n'est pas qu'une affaire de médecin généraliste, elle concerne tous les docteurs en médecine, qu'ils soient spécialistes ou encore médecins salariés. Malheureusement, à la lecture des différents ouvrages nous découvrons le récit de nombreuses situations de mésentente. Georges Vieilledent, qui exerçait en milieu rural, a vu sa pratique qualifiée de « médecine vétérinaire » par un ex-confrère qui avait choisi la voie hospitalo-universitaire ([20], p62).

Dr Guiheuneuf, qui était membre actif du conseil de l'Ordre de son département, décrit la querelle qui avait lieu entre le Dr Assujetisoc, médecin conseil de la Sécurité sociale, et le Dr Eloi, ophtalmologue. Ce dernier était tenu par l'administration d'expliquer pourquoi il prescrivait plus de lunettes que ses confrères. Dr Eloi se défendait en avançant l'argument que beaucoup d'enfants composaient sa clientèle et que, leur tête grossissant rapidement, il fallait fréquemment changer de paires de lunette. Malheureusement, la Sécurité sociale restait sourde à son plaidoyer. À l'arrivée d'une troisième missive signée du médecin conseil, le Dr Eloi répondit par « une lettre grossière et salace, bien dans l'esprit carabin des étudiants en médecine ». Pour son malheur, son confère administratif n'entendait pas cet humour douteux, l'affaire fut portée devant le conseil de l'Ordre et se conclut par un blâme à l'encontre du Dr Eloi ([11], p321-323).

Au travers de ces différentes illustrations nous avons pu aborder la complexité des rapports entre confrères. La médecine est un univers difficile qui confronte le jeune étudiant à des situations éprouvantes. Rapidement, un sentiment d'appartenance à une classe à part de la société peut naître. Les démonstrations de bonne entente, de soutien, de bienveillance permettent de traverser les moments difficiles mais il arrive parfois que la singularité de la profession encourage aussi la discorde tout comme l'exercice libérale peut favoriser le sentiment d'individualité. La lecture de ces différents livres nous décrit de nombreux exemples qui viennent nourrir cette complexité des relations entre confrères qui perdure dans le temps.

2.2. Cadre de travail et temps personnels

2.2.1. Le cabinet, seul ou à plusieurs

Place forte de l'exercice de la médecine générale, nous allons aborder le chapitre du cabinet de travail. Les descriptions que nous avons pu trouver concernent essentiellement le groupe formé de médecins généralistes nés au début du XX^e siècle.

De manière assez commune, l'image qui se répète au gré de nos lectures, est celle du médecin de campagne dont le cabinet fait partie intégrante du domicile familiale. La vie privée est alors à peine séparée par une simple porte de l'exercice professionnel.

Georges Vieilledent, au début de son livre, nous offre une description détaillé du logis dans lequel il arrive pour entamer son remplacement, qui nous le rappelons, débouchera sur une installation. Au rez-de-chaussée, la chambre à coucher est située à côté de l'entrée, permettant de sauter du lit à la voiture en cas d'urgence. Le reste des pièces de cet étage constitue le cabinet médical, à savoir une vaste salle d'attente ainsi qu'un cabinet de consultation. La villa dispose d'une deuxième entrée exclusivement dévolue à l'usage des patients. Au premier, la cuisine, la salle à manger, une deuxième chambre et un cabinet de toilette ([20], p16-17).

Dans le cas du Dr Guiheuneuf, la maison est plus vaste ce qui permet au médecin d'y emménager avec toute sa famille. Au début de leur installation, ils ne disposent même pas de l'eau courante dans leur habitation qui compte pourtant une vingtaine de pièces. Par la suite, beaucoup de patients seront retrouvés à errer dans les couloirs de cette grande demeure, peut-être à dessin d'en découvrir les appartements privés ([11], p148-149).

Paul Sanlaville repris à son installation le logement de ces prédécesseurs. Ces derniers étaient célibataires et s'accommodaient parfaitement de cette petite maison de quatre pièces, dont deux dévolues au cabinet. Le couple entrepris rapidement de faire construire une maison plus spacieuse pour leur famille qui allait accueillir un deuxième enfant, en prenant soin de prévoir deux entrées. Une première pour le cabinet et une deuxième, à l'opposé de la maison, pour l'usage privé. Cependant, ni le Dr Sanlaville ni l'architecte n'avaient prévu la possibilité qu'un jour un blessé puisse être amené en brancard. La première fois que ce fut le cas, les pompiers ne purent jamais effectuer le mouvement de rotation de quatre-vingt-dix degrés pour entrer dans la salle de consultation, du fait de l'étroitesse du couloir, et finirent pas déposer le pauvre homme dans le salon familial ([17], p60-61).

Le Dr Dufilho possède deux cabinets, un premier dans la vallée et un deuxième situé dans les hauteurs montagneuses afin de faciliter l'accès aux soins. Dans le premier cabinet, qui est aussi son habitation, il possède tout l'équipement requis pour réduire et immobiliser les fractures de membres, effectuer de la petite chirurgie, des extractions dentaires et des curetages utérins. De plus, il possède une installation radiologique fixe ([6], p20-21). Dans son second cabinet, l'ameublement est réduit à son strict minimum. On y trouve une grande table d'examen, un lavabo à pédale, une armoire en cerisier et une bibliothèque dans laquelle il range quelques instruments comme des forceps et le nécessaire pour une anesthésie ([6], p23-24).

Et qu'en est-il des médecins exerçant en milieu urbain de notre corpus ? Jean Réverzy, à son installation, cherche un petit logement dans un quartier ouvrier pendant qu'il continue à vivre avec sa mère. La raison qui le pousse à ne pas s'installer dans l'appartement familial est le voisinage d'éminents médecins de la ville. Il craint ainsi leurs concurrences ([16], p91).

Marcel Goldstein fait le choix de s'installer en proche banlieue de Melun, dans un bourg de sept mille cinq cent âmes. Il fait l'acquisition d'une maison bourgeoise de grandes dispositions qui est pourvue de cinq portes donnant sur l'extérieur, le tout agrémenté d'un parquet de chêne ainsi que des lambris et une cheminée dans un style Louis XVI ([10], p334). Il ajoute dans la salle de consultation un bureau, deux bibliothèques et deux fauteuils dans un style similaire achetés au marché aux puces. Face aux dépenses que représentent l'achat de la maison et l'aménagement du cabinet, le reste de la maison ne sera meublé que bien plus tard ([10], p336).

Dans son livre, le Dr Lehmann nous ouvre les portes de son cabinet de ville, siégeant dans un immeuble. La salle d'attente est « moche ». Pas de tableau aux murs, quelques revues données gracieusement par des amis tous les mois ([14], p50). Dans la salle de consultation, la table d'examen est fatiguée. Le skaï s'est déchiré et laisse par endroit apparaître la mousse du rembourrage ([14], p15).

Dominique Delfieu, dont on ignore les dates d'exercice exactes, travaille à cinquante mètres de son domicile, dans la capitale. Distance commode qui lui permet de ne pas perdre de temps en déplacement mais de jouir tout de même d'une tranquillité relative une fois sa journée de travail terminée ([5], p10).

Face à la dure solitude de l'exercice libéral, certains font le choix de s'unir pour s'entraider. C'est un thème qui s'est beaucoup répété au travers des différents ouvrages.

En reprenant l'exemple cité plus haut, le Dr Vieilledent va finalement se laisser tenter par une association. En 1978 il est élu maire de sa commune et se retrouve vite submergé par la double casquette. Il trouve rapidement un associé et réaménage son cabinet pour accueillir le nouveau venu. Il espère une étroite collaboration mais finalement, les deux docteurs ne feront que partager les locaux et la secrétaire ([20], p145-146).

Jacques Farisy se laisse aussi tenter par l'aventure. Il s'était pourtant juré à ses débuts, dans les années cinquante, de ne jamais s'associer. Il change finalement d'avis et passe ainsi « de l'enfer au paradis » en termes de charge de travail et de qualité de vie ([7], p183).

Pour aller plus loin, nous pouvons citer le témoignage du Dr Guiheuneuf, initialement associé au Dr Harvet. Chaque médecin consulte à son domicile respectif et ils se remplacent mutuellement lors de leurs absences. Par la suite, ils seront rejoints par deux autres médecins et la question du cadre de travail les amènera à monter une maison médicale. Bien que nous ne disposions pas de date précise, cette maison médicale apparaît comme révolutionnaire. Dans son ouvrage, le Dr Guiheuneuf se présente en grand défenseur de la médecine de groupe. Avant-gardiste, il était intimement convaincu que l'entraide devait remplacer l'atmosphère de concurrence qui régnait alors. Il écrit ainsi que les médecins, qui dès les années cinquante, s'associaient et montaient des maisons médicales sortaient de la norme et étaient qualifiés de médecins communistes, de médecins rouges et étaient mal perçus par l'Ordre des médecins ([11], p227-229).

Ces quelques exemples, loin de refléter la parfaite réalité, illustrent l'évolution du cadre de travail du médecin généraliste. De manière générale, l'exercice était solitaire au début du siècle précédent. Le cabinet souvent attenant à l'habitation. Progressivement, le professionnel a cherché à mettre de la distance entre son exercice et son cercle personnel et on a commencé à voir des cabinets en dehors des maisons familiales. Puis devant la charge de travail et les difficultés de l'exercice médical, une dynamique de groupe à commencer à voir le jour. Aujourd'hui, les projets de type maison médicale sont de plus en plus nombreux, en milieu rural comme en milieu urbain. Ces changements se retrouvent aussi dans l'organisation de l'emploi du temps des médecins généralistes.

2.2.2. Organisation du travail

Les médecins les plus âgés de notre corpus offrent une vision de leur organisation de travail aux antipodes des standards actuels.

À son installation en 1952, Paul Sanlaville se met au diapason de ses confrères aînés de la région. Les matinées sont consacrées aux consultations et les après-midi aux très nombreuses visites. Il ne reçoit que rarement sur rendez-vous, avec ce sentiment d'être toujours à la merci jour et nuit de sa « clientèle » ([17], p116).

Pour ce qui est du Dr Vieilledent, il explique dans son ouvrage avoir organisé son exercice en fonction du rythme du monde paysan. Puisque ses potentiels patients ont pour habitude de se lever tôt, il décide d'ouvrir son cabinet dès huit heures moins le quart aux consultations sans rendez-vous puis de passer ses après-midi et soirées à battre la campagne en visite. Évidemment, une urgence pouvait modifier le programme ([20], p24-25).

Les visites occupent donc une place importante, si ce n'est majoritaire, dans le temps de travail du médecin au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. À l'époque, le médecin de famille se déplace facilement au chevet du malade, jour et nuit et par tous les temps. L'exercice rural peut devenir périlleux dans certaine région peu hospitalière. Paul Perrève partage avec nous le souvenir effrayant d'une visite en pleine nuit qui faillit tourner au drame. Il se retrouva piégé en voiture sous une tempête de neige. Sans l'aide providentielle de deux paysans qui avaient vu la lumière de ses phares, le pauvre docteur se serait retrouvé coincé à la merci du froid ([15], p20-23).

Dans un registre similaire, le Dr Dufilho, qui exerçait en Pays Basque dès 1937, fut souvent amené à visiter des patients vivant dans des coins reculés. Certaines habitations étaient

tellement isolées que la fin du trajet devait se faire à pied, ou par chance quand la famille était prévoyante et suffisamment aisée, à dos de mulet ou de cheval laissé à l'intention du docteur au pied du sentier ([6], p10). Au lendemain de la Seconde Guerre, il réussit à faire l'acquisition d'une jeep qui facilita grandement son exercice quotidien ([6], p206).

Avec ces exemples, on comprend aisément que pour le médecin de campagne de cette époque, le moyen de locomotion était un sujet très important. Ils sont d'ailleurs plusieurs dans leurs ouvrages à dédier un chapitre entier à leur fidèle voiture. Jacques Farisy énumère ainsi la liste des automobiles qui l'accompagnèrent le long de ses quarante mille kilomètres annuels ([7], p110-112). Les progrès de l'industrie automobile profitèrent grandement à la profession médicale, permettant de fluidifier et de sécuriser les déplacements.

Au fil du temps, les visites ne sont plus monnaie courante. Progressivement, les consultations s'organisent et pour plus de commodité, les créneaux sur rendez-vous gagnent du terrain. Les visites sont réservées à ceux qui ne peuvent plus se déplacer.

Le Dr Van Eslande, s'installe en 1978. Il partage avec nous une organisation de travail qui nous semble bien plus contemporaine. Pendant trente années il explique avoir assuré cinquante heures de consultations par semaine assorties d'une dizaine d'heures de visites. Vers ses soixante ans, il décide de ne consacrer plus que quatre jours et demi au cabinet. À côté, il assure des consultations de médecine du voyage et des interventions dans des lycées ainsi que des cours à l'institut de formation en soins infirmiers. Grand humaniste, il monte de nombreuses missions humanitaires au Mali ([19], p18).

Christian Lehman, dans son autofiction, nous offre un aperçu d'une journée type de travail. Les consultations sur rendez-vous à son cabinet s'enchaînent. Sur le temps de midi il effectue quelques visites d'habités qui ne peuvent plus se déplacer puis, après avoir mangé sur le pouce, retourne consulter [14].

Le Dr Borée explique avoir limité ses visites à une après-midi par semaine. Bien que l'exercice lui soit agréable, il déplore la perte de temps qu'il représente ([3], p67).

Par ces exemples tirés de nos lectures, nous pouvons observer l'évolution radicale en termes d'organisation de travail. Ce qui ressort surtout est l'inversion des temps consacrés aux visites et aux consultations. Les visites à domicile, qui étaient majoritaires dans les années cinquante, vont peu à peu laisser la place à plus de consultations sur rendez-vous et le médecin

généraliste ainsi gagne en confort d'exercice. Il perd moins de temps et d'énergie en déplacements mais sa pratique peut aussi devenir plus monotone.

2.2.3. Du bon fonctionnement du cabinet : l'épouse, le téléphone et l'informatique

Derrière ce titre hétéroclite il est question d'un chapitre non moins essentiel. Nous aborderons les différents moyens utilisés, rencontrés au cours de nos lectures, pour contacter le médecin généraliste, et de ce fait, l'existence ou non d'un secrétariat. Nous finirons par évoquer l'informatisation des cabinets.

L'activité du médecin généraliste dépend de sa capacité à être joignable. Au fur et à mesure de nos lectures nous pouvons assister à une véritable évolution.

Nous ouvrirons avec le Dr Farisy. Ce dernier tient à rendre hommage aux épouses de médecins qui pour lui, forment un véritable corps de métier ignoré de tous ([7], p63-75). Il évoque ainsi la lourde charge qui incombait à la femme du médecin au sortir de la Seconde Guerre mondiale. Sa fonction était double, diriger la partie personnelle (éducation des enfants, gestion de la maisonnée) et souvent, endosser le rôle de secrétaire du docteur. Elle recevait les appels à se rendre au chevet d'un malade par de nombreux moyens. Ainsi le messager pouvait être le facteur ou encore un enfant qui rentre de l'école, le téléphone étant très peu répandu dans les années quarante.

De son côté, le Dr Delfieu, qui exerçait dans la capitale française, retrouvait souvent des petits mots glissés dans le pare-brise de son scooter, bien connu du quartier ([5], p137).

Pour le Dr Perrève, c'est toujours sa femme qui répond au téléphone, y compris la nuit. Il la qualifie de « dernier rempart » ([15], p215). Même sur les routes, elle arrive à le prévenir d'une nouvelle visite qui s'ajoute au programme au moyen d'un réseau qu'elle a su tisser alors que le téléphone ne se rencontre pas encore à chaque embranchement de chemin.

Tout comme le Dr Servin évoque le souvenir de sa secrétaire dévouée, Marie, qui arrivait toujours à le faire prévenir au milieu de sa tournée d'un surplus de visite en téléphonant au bistrot local ([18], p39).

Plus tard, la démocratisation du téléphone participe à l'aversion que va susciter ce moyen de communication aux yeux du médecin. Yves Averlant goûte mal le « sans-gêne téléphonique » de certains patients qui se permettent de l'appeler à vingt-et-une heures pour programmer une visite le lendemain ([1], p41). Georges Vieilledent qualifie l'objet d' « authentique tyran

domestique » ([20], p19). Le Dr Franck évoque un « cauchemar de chaque instant » ([9], p139). Certains jours, il comptera plus de quatre-vingts appels reçus. En parallèle, il évoque aussi des situations cocasses. Avant l'existence du répondeur, une opératrice des PTT (Postes, Télégraphes et Téléphones) se chargeait de noter les messages et de les transmettre ensuite au docteur. Il se souvient ainsi des patients qui exigeaient un rappel dans le plus bref délai mais qui refusaient de décliner leur identité à l'opératrice dans un souci de confidentialité ([9], p17).

Devant la place de plus en plus importante que prend l'utilisation du téléphone, les médecins qui ne disposaient pas d'une secrétaire seront de plus en plus nombreux à en recruter une ou alors faire appel à un secrétariat téléphonique délocalisé. Évidemment, il y aura toujours des professionnels qui se passeront de ce service, non sans rêver d'y avoir recours, comme c'est le cas du Dr Becquet ([2], p50).

Parallèlement à l'avènement du téléphone, l'ordinateur et son utilisation au sein du cabinet va peu à peu se développer comme en témoignent de nombreux médecins dans leur écrit. Le plan Juppée de 1996 promeut la télétransmission des feuilles de soins. Conjointement, les médecins généralistes sont fortement incités à s'informatiser [26]. Pour le Dr Vieilledent, impossible, l'ordinateur restera sa « bête noire » ([20], p197). Malgré ses nombreuses tentatives pour surmonter son blocage, à savoir de nombreux cours particuliers avec sa secrétaire sous la houlette du directeur de l'école privée de son village, le médecin ne parviendra pas à suivre le mouvement. Il trouvera une alternative miraculeuse grâce à un sabot, identique à celui utilisé pour régler les achats par carte bancaire, qui permettra la télétransmission sans passer par un logiciel informatique, et donc, un ordinateur. Sabot qui sera mis à disposition par une banque locale ([20], p198-199).

Mais Georges Vieilledent n'est pas le seul médecin du corpus exerçant sans informatique. le Dr Lanot se revendique de l'ancienne génération, « sans ordinateur, sans internet, sans fax, sans portable, sans appareil sophistiqué ni machine à sous ! » ([13], p8).

Pour la Dr Becquet, le moment de l'informatisation, et par la même occasion de la télétransmission, se déroule au mois de décembre 2007. Avec l'entrée dans son cabinet de l'ordinateur, elle évoque aussi une charge administrative chronophage de plus ([2], p225).

Mais pour beaucoup de professionnels, l'ordinateur et son logiciel médical vont vite devenir des outils de travail performants. Le Dr Van Eslande évoque un des premiers gestes de sa

consultation : introduire la carte vitale dans le lecteur et parcourir le dossier médical informatique du patient. Dossier qui regroupe les antécédents, les allergies, les pathologies en cours, les courriers et résultats d'examens complémentaires, ainsi que l'historique des consultations et des traitements entrepris ([19], p34).

Christian Lehmann annonce que sans le logiciel médical, il serait totalement perdu ([14], p40). Il lui permet notamment de vérifier en quelques clics s'il a déjà produit une ordonnance, évitant ainsi la multiplication de prescriptions coûteuses ([14], p113-114).

Encore une fois, nous assistons à une évolution de la profession du fait de l'entrée dans le cabinet de nouveaux outils que représentent le téléphone et l'ordinateur. Chronologiquement, dans nos lectures nous passons ainsi du traditionnel couple médecin et épouse secrétaire vers un professionnel informatisé ayant recours, ou non, à un secrétariat professionnel. L'utilisation de logiciels médicaux facilite l'exercice avec l'accès et la tenue du dossier médical mais représente aussi un coût et un investissement de temps supplémentaires.

À présent, abordons le temps personnel des médecins généralistes de notre corpus.

2.2.4. Temps personnel

Au fil des lectures, nous découvrons des médecins passionnés par leur métier, dévoués corps et âme à leur tâche. Tous, à l'exception du Dr Reverzy ne décrivant que ses débuts en libéral, sont surchargés de travail et s'épuisent à la tâche. Paul Perrève rentre le soir trop tard pour ne serait-ce qu'apercevoir ses enfants. Il regrette amèrement de ne les voir grandir avec le sentiment « terrible de ne pas avoir de souvenir de ses propres enfants » ([15], p42-43).

Fluorette se sent envahie par la médecine au point de ne pas en dormir. Les récits de ses patients la poursuivent dans son temps personnel dévolu à ses amis, sa famille, son mari ([8], p16).

Croulant sous son activité professionnelle, le médecin aspire au repos. Non sans culpabilité, Dr Perrève s'accorde deux semaines de vacances par an « avec le sentiment que l'Humanité entière ne survivra pas à [son] absence » ([15], p136). George Vieilledent se retrouve à bout de souffle après une année d'exercice sans interruption avec l'intime conviction qu'il va finir dans la tombe à ce rythme-là. Son frère, prévenant, lui trouve alors un remplaçant pour trois semaines, le temps de filer en cure de repos ([20], p55-56). Pour le Dr Goldstein, les vacances sont une coupure indispensable, habitude prise dès ses études de médecine. Dans son

autobiographie, il fait le récit de ses très nombreux voyages de par le monde. Pour les vacances d'hiver, la pratique du ski sera jugée trop dangereuse pour son activité de médecin libéral après une fracture de jambe de son épouse ([10], p405).

Pour certains médecins généralistes, ce sera la pratique d'un sport qui permettra d'évacuer régulièrement la pression. Dr Becquet narre avec humour la durée d'exercice nécessaire pour que les endorphines libérées sous l'effort arrivent à son cerveau, soit treize minutes de stepper après une journée de travail ([2], p13). Pour Fluorette, la course devient un moyen d'évacuer le trop plein de sentiments, « cette oppression sur [sa] poitrine » ([8], p179-181).

Évidemment, à la lecture des récits nous découvrons que de nombreux médecins ont aussi d'autres centres d'intérêt que la médecine. Dans son journal, Jacques Chauviré partage au jour le jour ses lectures nombreuses dont les citations ponctuent chaque page. Il évoque souvent son amour de la poésie et la nécessité de plus en plus présente d'écrire des vers ([4], p26). Dans *Médecin de campagne*, nous découvrons que Charles Lanot apprécie la poésie, le cinéma et la musique classique. Il décrit longuement le concerto pour violon en ré majeur opus 61 de Beethoven, pièce musicale que deux patientes lui firent découvrir et apprécier ([13], p123-125). Dans la même idée, Paul Sanlaville, à ses heures perdues, aime écrire quelques vers. Il devient d'ailleurs parolier d'un musicien compositeur de son village ([17], p266). Curieux touche à tout, il se passionne aussi pour la peinture, la sculpture et l'ébénisterie. Dans son récit, il relate les nombreuses heures passées dans les ateliers des charrons, artisans et spécialistes de la roue en bois ([17], p260-262). Malheureusement devant la disparition de la traction hippomobile et par la même, de l'utilisation des roues en bois, les ateliers ferment les uns après les autres et le Dr Sanlaville s'essaye un temps à la chasse. Devant son manque évident de talent pour le tir au fusil, il remballé son arme, au plus grand plaisir de son épouse qui put ainsi profiter des dimanches en famille ([17], p267).

Enfin nous évoquerons l'activité politique de certains médecins de notre corpus. Le Dr Farisy est membre du conseil municipal de sa commune de 1959 à 1989 ([7], p198-199). Le Dr Vieilledent fait ses premiers pas en politique en 1977, sur le conseil de son frère pharmacien du même village que lui. Il porte ainsi la double casquette de médecin généraliste et maire de Saugues durant deux mandats. Il partage alors ses journées entre la mairie et son cabinet à un rythme effréné qui le conduira à prendre un associé ([20], p141-144). Malheureusement, l'expérience politique se solde avec un goût amer devant les manigances à peine voilées, les critiques et l'hypocrisie ([20], p164-165). Paul Perrève se laisse aussi tenter par l'aventure.

Aux termes de ses six années de maire, il sort écœuré par « les manœuvres et intrigues politicardes » ([15], p163).

Dans la même idée de consacrer son énergie à faire avancer une cause, citons l'engagement syndical de plusieurs médecins du corpus. Tout d'abord, le Dr Goldstein qui dirigea le Syndicat unifié des médecins de Seine-et-Marne. La fin de son autobiographie est émaillée des récits de ses combats pour sauvegarder le caractère libéral et indépendant de la profession ainsi que pour revaloriser la tarification [10]. De son côté, le Dr Guiheneuf évoque le manque d'homogénéité du syndicalisme médical français et se souvient de certaines assemblées qui ressemblaient à des luttes de pouvoir. Il regrette que « le goût du pouvoir et le désir d'améliorer la société » soient souvent « inextricablement liés » ([11], p226). De son côté, il préfère rallier le Syndicat national des médecins de groupe avec le sentiment que l'entraide doit remplacer la concurrence entre confrères ([11], p229).

Enfin nous pouvons citer le rôle de certains de nos écrivains en tant que conseiller de l'Ordre des médecins. Le Dr Goldstein fut conseiller ordinal dès 1966 pour ensuite devenir président de l'ordre de Seine-et-Marne ([10], p396). Dr Farisy suit un chemin similaire dans le Poitou Charentes. En effet, après avoir été membre titulaire, il est élu président, poste qu'il occupera vingt-et-un ans ([7], p200-201).

Par ce chapitre nous avons pu aborder certaines activités extra professionnelles de nos écrivains médecins. Le sentiment général est la surcharge de travail. Ce manque de temps personnel peut avoir un retentissement sur la vie privée, la vie de famille. Nombreux sont ceux qui évoquent le besoin récurrent de s'évader en vacances sans toutefois pouvoir l'assouvir à leur convenance. Au quotidien, certains s'improvisent poète, grand lecteur ou pratique une activité sportive. Enfin, d'autres s'engagent en politique, dans le syndicalisme ou encore sont membres actifs de l'Ordre.

2.3. Contenu de la consultation

Par consultation, nous entendons l'entrevue entre le patient et le médecin généraliste, qu'elle se passe au cabinet ou au domicile du malade. Nous allons voir le déroulé habituel de cette rencontre au travers de différentes situations tirées du corpus littéraire. Par choix, nous ne détaillerons pas la diversité des motifs qui peuvent conduire à consulter le médecin puisque cet aspect sera évoqué dans la partie touchant à la place du médecin généraliste dans le système de soin.

2.3.1. Interrogatoire et examen clinique

Comme vu précédemment, le médecin apprend au cours de ses études l'art de l'interrogatoire et de l'examen clinique en théorie, par les cours de sémiologie, mais aussi par la pratique au lit du malade hospitalisé.

L'exercice de la médecine générale est difficile car les patients se succèdent parfois à un rythme effréné au risque de méconnaître un diagnostic sérieux. Georges Vieilledent le sait et pour lui « pas question de passer à côté en expédiant une seule consultation ». L'interrogatoire est minutieux et s'attache autant aux éléments décrits par le patient que ceux qu'il omet. Il n'hésite pas à faire déshabiller systématiquement celui qui le consulte et effectue un examen clinique le plus complet possible ([20], p100).

Dans son *Journal d'un médecin de campagne*, on découvre le caractère complet de l'examen clinique du Dr Servin. Il décrit ainsi le cas d'un jeune enfant au chevet duquel sa mère le presse de se rendre. Le garçon se plaint du ventre depuis la veille et présente des vomissements alimentaires. Après avoir examiné l'enfant, le bon médecin décide d'ouvrir les rideaux de la chambre pour mieux observer le malade et découvre un discret ictère muqueux. Il demandera ensuite à l'enfant d'uriner dans le pot de chambre pour mieux caractériser sa jaunisse ([18], p139-141).

La nouvelle génération n'est pas en reste. Jaddo, dans son livre, partage avec nous le piège de la répétition. Habitée des interrogatoires policiers, elle avoue néanmoins sa difficulté de maintenir sa concentration tout au long de l'examen clinique. Car les gestes habituels et répétitifs, que peuvent être l'auscultation d'une poitrine ou la palpation d'un abdomen, deviennent des automatismes dont il faut se méfier. Tout comme des symptômes peuvent à tort nous diriger vers un diagnostic dans un contexte d'épidémie. Par-là, elle évoque le risque

de passer à côté d'un diagnostic grave à l'image d'une appendicite en plein milieu d'une épidémie de gastro-entérites virales ([12], p89-91).

Mais, bien que l'interrogatoire et l'examen clinique soient deux parties indispensables d'une consultation, ce n'est malheureusement pas toujours la règle. La Dr Becquet mentionne ainsi le témoignage de nombreux patients qui déplorent le fait de ne plus être examinés par les médecins ([2], p 234). À contrario, Jaddo explique que certains patients ont une vision bien personnelle de la médecine et viennent « juste pour un arrêt », ou encore « juste pour des antibiotiques » sans vouloir se soumettre à un interrogatoire ou à un examen clinique basique ([12], p139-141).

Dans un registre plus léger, citons le Dr Averlant qui reste toujours perplexe par le fait que de nombreux patients à qui il demande de tirer la langue, pour examiner leur gorge, ne rentrent cette dernière que sur l'ordre de fermer la bouche. Si bien que souvent Yves Averlant, oubliant de donner la seconde directive, se retrouve à son bureau rédigeant son ordonnance où il finit par lever la tête et découvrir que le patient exhibe toujours son appendice buccal ([1], p16-17).

Dans son livre *La Burle*, Paul Perrève consacre un chapitre à la consultation. Il y brosse un déroulé moins idyllique que ses confrères du corpus, non sans une touche d'humour. Pour lui, « l'interrogatoire est d'autant plus bref que la clientèle qui patiente dans la salle d'attente ou sur le carnet de visite est abondante » ([15], p231). Le déshabillage est un moment de négociation, surtout en période hivernale où il est coutume de superposer de nombreuses couches de vêtements. À ses débuts, il avoue avoir tenté de combiner l'interrogatoire au déshabillage mais a vite dû y renoncer car à chacune de ses questions, le patient cessait son effeuillage déjà laborieux ([15], p246-247). Enfin, il aborde « l'épreuve redoutable de la table d'examen ». Son exercice lui a permis de distinguer deux techniques pour se hisser sur la table selon le sexe du patient et une troisième variante. La dernière « méthode [consistant] à grimper sur la table d'examen par le fond ». S'ensuit la description de multiples contorsions plus ou moins laborieuses selon la corpulence du patient ([15], p250-251).

Enfin, pour clore ce tour des pratiques de nos écrivains, nous aborderons la réflexion de Fluorette autour de la place de la pudeur en consultation. À ses débuts, dans un souci de bien faire son travail et de considérer le patient dans sa globalité, elle faisait déshabiller le plus possible ceux qui venaient la consulter. Puis, elle a lu plusieurs textes sur la pudeur et a remis en question sa pratique, jugeant ses interrogatoires et ses examens cliniques parfois trop

intrusifs. Depuis, elle ne fait plus déshabiller systématiquement le patient, sauf les enfants, et essaye de s'adapter au cas par cas selon le motif de la consultation et la disposition mentale de son interlocuteur ([8], p169-175).

Avec ce chapitre, nous avons traité de l'interrogatoire et de l'examen clinique, deux pierres angulaires de la médecine. À la lecture des différents ouvrages il est apparu que peu importe l'époque du médecin écrivain, la technique reste la même et est généralement exécutée avec autant de zèle possible bien que plus revendiquée par les médecins de la première partie du XX^e siècle. Par contraste, l'avènement des examens complémentaires va faire évoluer l'exercice de la médecine.

2.3.2. Du recours aux examens complémentaires

Notre corpus de lecture est composé d'une grande majorité de médecins nés au début du XX^e siècle et qui ont commencé à exercer avant les années cinquante. Le panel d'examens complémentaires et leur recours étaient bien différents à cette époque. Prenons quelques exemples pour illustrer le contexte.

André Dufilho dans son livre, *Docteur un cheval vous attend, mémoires d'un médecin du Pays Basque*, décrit son exercice dans la vallée reculée de Saint-Etienne-de-Baïgorry durant l'occupation allemande. Il s'est très vite équipé d'une installation radiologique fixe, cadeau de son cousin lui-même médecin mais exerçant en milieu urbain, ainsi qu'une installation radiologique portative. Cela lui permit d'éviter des déplacements presque irréalisables pour les grands malades vivant en montagne. Il en tirait d'ailleurs une grande fierté ([6], p21). C'était un médecin que son terrain d'exercice avait rendu très polyvalent. Responsable d'un préventorium (équivalent des sanatoriums où les malades de la tuberculose étaient traités comme nous l'apprend le *dictionnaire historique de la langue française* d'Alain Rey [27]), il réalisait souvent lui-même l'examen des crachats au microscope à la recherche du bacille de Kock ([6], p22). Par ailleurs, il n'hésitait pas effectuer des prélèvements sanguins, pleuraux et même lombaires ([6], p187).

Le Dr Farisy était interne en 1950 à l'hôpital de Poitiers. Il se souvient des premiers appareils électrocardiographes. Il n'y avait que 3 dérivations et le tracé fluorescent apparaissait sur la paroi d'un cylindre horizontal d'un mètre de diamètre et de cinquante centimètre de hauteur tournant à la vitesse d'un tour par minute. L'image s'effaçait à la fin du tour complet du cylindre. Évidemment, l'appareil n'était pas transportable et le malade devait être déplacé

dans le service de radiologie et, sachant que les lits n'étaient pas manipulables, il fallait donc avoir recours à un brancard porté par deux solides infirmiers ([7], p29).

Le temps passe et les avancées techniques sont nombreuses. Georges Vieilledent, fin clinicien, n'hésite pas à recourir aux examens complémentaires pour étayer ses diagnostics. D'ailleurs, il effectue souvent lui-même les prélèvements nécessaires ([20], p102-103). Il assiste à la révolution de l'imagerie médicale. À la radiographie s'ajoute l'échographie-doppler, le scanner et enfin l'imagerie par résonance magnétique, dite IRM. Les diagnostics se font plus fins et plus précoces «et cela tombe très bien, car le paysage des pathologies a également changé depuis la fin des années soixante » ([20], p191). Les traumatismes sont plus graves avec l'essor de l'automobile, des tracteurs et des tronçonneuses. Les maladies cardiovasculaires et les pathologies cancéreuses ne cessent d'augmenter.

Dans ce même contexte, Paul Sanlaville se fait la réflexion suivante : « la médecine à moins d'y perdre son âme, ne pourra se passer de la sémiologie, cette science des signes pratiquée au lit du malade ». Il entend par-là que la clinique doit primer et orienter les investigations complémentaires. Pour illustrer son propos, il partage avec nous le cas d'un travailleur agricole qui se plaignait de céphalées suite à un dur labeur. Son premier examen clinique ne lui permettait pas de conclure. Arrivé dans sa voiture, le Dr Sanlaville se rend compte qu'il a fait l'impasse sur les réflexes. Le voici de retour au lit du malade, non sans susciter l'étonnement de ses hôtes. Finalement, il retrouve un signe de Babinski à droite, soit l'extension du premier orteil à la stimulation plantaire, et adresse le patient à l'hôpital où sera effectué un scanner qui retrouvera un hématome extra dural ([17], p198-202). La suite de son récit sera émaillée de plusieurs anecdotes dans ce sens, avec toujours la peur qu'un jour, la technique représentée par les examens complémentaires puisse effacer la noblesse du métier.

Plus contemporain de notre époque, Christian Lehmann partage avec nous une journée de consultations. Les examens complémentaires font partie intégrante des prescriptions usuelles que ce soit pour étayer un diagnostic ou encore dans le cadre de la surveillance d'une maladie. Seulement, il se bat aussi au quotidien contre les demandes sans fondement de recours aux examens complémentaires. Il cite l'exemple de la prise de sang dite « totale », pour tout vérifier ([14], p22-23), la demande de scanner pour des troubles digestifs d'allure fonctionnelle ([14], p94-99) ou encore le cas du fumeur âgé qui veut faire une radiographie thoracique annuelle ([14], p177-178). Et à lui de répéter sans cesse le même message : on ne prescrit qu'à bon escient. Une prise de sang oui, mais pour vérifier ce qui a un intérêt selon le

terrain du patient. L'imagerie pourquoi pas, mais guidée par la clinique et non à la demande du patient et le choix entre scanner, IRM et échographie selon l'organe et la pathologie suspectée, en pesant bien la balance bénéfices-risques.

Dans la même idée, le Dr Borée s'interroge sans cesse sur sa pratique. En accord avec les données récentes de la science, il hésite de plus en plus à prescrire des PSA (antigène prostatique spécifique) dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate et adopte l'attitude qui consiste à expliquer au patient la balance bénéfices-risques tout en lui laissant le choix ou non de la réalisation de cet examen ([3], p98-100).

Enfin, nous finirons par évoquer le témoignage du Dr Averlant pour nuancer ce tableau. Il voit un jour une patiente dans son cabinet déclarer d'emblée qu'il lui faut une radiographie thoracique pour des douleurs parce qu'elle a failli tomber. Elle s'est prise les pieds dans le tapis et s'est rattrapée in extremis. Le Dr Averlant tente de la raisonner « mais elle tient à sa radio, confiance des humbles ». Le médecin finit par céder, non sans un sentiment de honte, car il est parfois plus facile de prescrire que d'argumenter un refus ([1], p191). Cet exemple, bien que poussé à l'extrême, ne doit pas être jugé trop hâtivement car chaque médecin peut céder à une demande qu'il sait abusive par manque de volonté à argumenter un refus.

Ce petit tour d'horizon littéraire nous a permis d'observer l'évolution importante que le métier de généraliste a rencontrée avec l'essor des examens complémentaires. Le temps où le médecin de campagne réalisait lui-même les prélèvements est devenu lointain. Les avancées techniques ont permis une meilleure prise en charge du patient mais leur banalisation peut aussi comporter des inconvénients.

2.3.3. L'ordonnance et la thérapeutique

Suite à l'interrogatoire et à l'examen clinique, le médecin passe à la prescription. Il peut vouloir approfondir son diagnostic en demandant des examens complémentaires, comme nous avons pu le développer précédemment. Mais généralement, s'il y a le lieu de traiter, il passe à la partie thérapeutique. Nous faisons ici le choix de développer l'ordonnance par le volet de la médication car c'est celui le plus abordé dans les récits.

Le Dr Franck, dans son livre, disserte largement sur l'ordonnance. Il fait le parallèle entre le médecin et le premier ministre de la V^e République qui légifère par ordonnance, rappelant par là que le terme remonte à l'époque où le docteur « notable influent et respecté, émettait des

avis qui avaient force de loi ». L'ordonnance est souvent la conclusion d'une consultation, « la concrétisation d'un acte intellectuel » ([9], p23). Malheureusement, elle a perdu de sa superbe aux yeux d'une partie des patients qui a tendance à considérer « l'acte médicale comme un produit de supermarché » ([9], p27). L'auteur est particulièrement scandalisé par les individus qui se présentent avec une liste comparable à une commande d'épicerie ou alors ceux déballant sur le bureau une collection de boîtes de médicament vides. Le pire étant ceux qui passent commande par le biais de la secrétaire, ne se donnant point la peine d'un déplacement et d'une consultation, ou encore ceux qui prennent les devants en se procurant les médicaments et qui par la suite exigent une ordonnance pour se faire rembourser ([9], p26).

D'un point de vue thérapeutique, le siècle dernier est celui d'avancées prodigieuses qui profitent largement au patient. Le témoignage du Dr Dufilho qui exerça durant la Seconde Guerre mondiale, nous le rappelle. Il se sent souvent impuissant face aux infections. Il voit ainsi de nombreux patients dans la force de l'âge être emportés en quelques jours par une pneumonie traitée à l'époque par des abcès de fixation à l'essence de térébenthine, ventouses scarifiées et oxygène ([6], p185-187). Il ne compte plus les décès de la tuberculose, infection que l'on combattait à coup de pneumothorax dans l'idée que la caverne infectieuse se referme à force de compression. Il assiste aussi à la mort lente d'enfants atteints de rhumatismes infectieux des suites d'une angine streptococcique. La maladie est insidieuse, petit à petit le jeune malade s'essouffle. Progressivement, il ne peut plus se rendre en classe et s'éteint lentement dans la solitude du foyer familiale ([6], p189-190). La diphtérie revient pendant la guerre. Le Dr Dufilho réussit à se procurer du sérum antidiphtérique, grâce à la contre bande avec l'Espagne. Au paroxysme de l'atteinte, il est souvent contraint de pratiquer des trachéotomies pour sauver les enfants. Malheureusement, il se souvient aussi du cas de deux fillettes, le pic aigu étant passé, qui finiront par décéder d'une insuffisance rénale terminale par atteinte diphtérique ([6], p193-194). Avec la libération de la France, la pénicilline arrive en quantité au grand soulagement du Dr Dufilho ([6], p197-198). Il voit avec satisfaction reculer les infections bactériennes.

Sur le plan médical, nos écrivains, nés au début du siècle précédent, assistent donc à une véritable révolution thérapeutique. Le médecin généraliste dispose d'un arsenal médicamenteux de plus en plus efficace pour soigner ses patients. Mais qui dit progrès dit aussi aspects négatifs. Nos contemporains font face à de multiples difficultés au quotidien au moment de rédiger leur ordonnance. Christian Lehmann avoue passer des heures à lire des

revues médicales décortiquant les résultats d'études pharmaceutiques par souci du patient ([14], p191-192). Il souhaite ainsi actualiser ses connaissances et prescrire à bon escient ce qui le contraint souvent à négocier avec des patients demandeurs de solution immédiate. Il cite le cas des prescriptions antibiotiques dans les infections bénignes de la sphère otorhino-laryngée ([14], p115). Dans la même lignée, la Dr Becquet a le combat de la polymédication chevillé au corps. Elle met un point d'honneur à arrêter les médicaments à l'efficacité non démontrée ([2], p9). Guidée par ses convictions professionnelles, elle refuse toute prescription de benzodiazépine, d'hypnotique et d'antidépresseur. Elle oppose un non catégorique qui force certains patients à la quitter pour un autre médecin traitant ([2], p26). Elle déplore le dogme qui associe un médicament à chaque symptôme et préfère user de psychothérapie de soutien pour aider ses patients en difficulté morale, au risque de les revoir souvent et de leur prescrire un arrêt de travail reconductible ([2], p30). Dans cette idée, elle est rejointe par le Dr Borée qui déplore « cette satanée singularité française : un symptôme, une consultation, une ordonnance, un médicament » ([3], p82). Au contraire, il souhaite revaloriser « l'expectative » comme authentique acte médical pour éviter de tomber dans l'hypermédicalisation ([3], p83).

Par ce chapitre nous avons abordé l'acte de prescrire au moyen d'une ordonnance au travers de nos lectures. La question est difficile et les illustrations choisies peuvent paraître bien insuffisantes, les médecins écrivains de notre corpus s'épanchant finalement assez peu sur la nature de leur thérapeutique. En revanche, il apparaît de manière évidente que plus l'époque était contemporaine, plus il devenait difficile pour le médecin d'être maître de sa prescription dans un monde de plus en plus demandeur de médication.

2.3.4. Le règlement

Nous allons traiter de la question du règlement de l'acte médical. Vaste thème qui concerne autant la tarification de la profession que la prise en charge du remboursement ou encore le rapport du médecin à l'argent. Évidemment, il ne s'agit pas d'exposer tous les tenants et les aboutissants de cette question, au combien complexe, mais plutôt de citer des éléments de réponse glanés au fil des lectures des récits de ce corpus.

Les études de médecine sont longues et semées d'embûches. Dans les années cinquante, l'interne de médecine est payé « une misère ». Le couple Guiheneuf vit grâce au salaire d'infirmière de madame ([11], p76). Beaucoup d'internes espèrent améliorer leurs maigres payes par le remplacement d'un médecin installé. Malheureusement, pour le Dr Farisy qui

effectue son premier remplacement, la « récolte en fin de journée est maigre » après avoir soustrait le paiement de l'essence et la rétrocession ([7], p55).

Les espoirs d'une meilleure rémunération sont misés sur l'installation sans pour autant que la situation financière du médecin libéral soit idyllique. Dans la France occupée, le Dr Dufilho se plaint d'une stagnation des honoraires. Il s'insurge particulièrement du prix de la visite, vingt francs, qui ne tient pas compte de la pénibilité du trajet, rappelons qu'il effectue de nombreuses visites à pied et à cheval dans certaines zones peu accessibles, ni de l'inflation catastrophique dont le pays est victime ([6], p126). À cette époque, il n'existe qu'une seule aide sociale, l'assistance médicale gratuite. Pour ceux qui n'ont pas les moyens de payer, le médecin détache un bon qui sera envoyé à l'administration préfectorale, cette dernière pouvant mettre jusqu'à une année pour payer le médecin. L'hospitalisation était souvent une source de frais non négligeable pour la famille qui se voyait contrainte de vendre une partie du bétail ([6]p161).

Au début des années soixante-dix, le Dr Vieilledent se fait payer une consultation douze francs et quinze francs pour une visite, hors coût du déplacement. Sa clientèle est essentiellement paysanne et, bien que la Sécurité sociale agricole existe déjà depuis des dizaines d'années, elle n'a pas le réflexe de se dire que les frais seront en partie remboursés. De ce fait, on a recours à ses soins après mûre réflexion. De son côté, Georges Vieilledent est obsédé par la performance « pour ne pas avoir à revenir ou à faire revenir les patients, afin qu'ils n'aient pas à repayer une consultation » ([20], p52-53). L'argent ne semble pas son moteur.

Ce détachement de l'argent n'est pas forcément la norme. Dans son livre, *Souvenirs d'un médecin de campagne*, Jacques Farisy décrit une pratique répandue au début de son installation, à laquelle il se défend de recourir. Certains chirurgiens, exerçant en clinique privée, versaient une commission aux médecins généralistes qui leur envoyaient des malades à opérer ([7], p59). Tous les moyens étaient bons pour accroître ses revenus.

Heureusement, nombreux médecins savaient aussi faire preuve de générosité en dispensant certains malades particulièrement pauvres de leurs honoraires. Par la suite, la généralisation de l'affiliation à un régime de Sécurité sociale, couplée à une complémentaire, permis d'améliorer l'accès au soin en remboursant le patient de son avance de frais. Pour les plus démunis, la couverture médicale universelle fut créée en 2000. Le Dr Delfieu n'hésite pas à la

qualifier de « magnifique avancée qui [...] permis de maintenir cette population affaiblie et fragilisée en bonne santé » ([5], p148-149).

Le médecin libéral est payé à l'acte, mode de rémunération négocié par les syndicats et l'Ordre mais ce n'était pas le cas du Dr Averlant. Ce dernier était médecin des mines, soit médecin salarié. Sa conception de la médecine était familiale, chaque sociétaire était vu comme un membre à part entière. Pour lui, il ne pouvait être question de transaction pécuniaire dans la famille, et débarrassé du moment gênant que peut représenter le règlement de l'acte médical, il avait l'idée d'exercer une médecine en apparence gratuite ([1], p47-48).

Sur le plan financier, nos contemporains ne semblent pas particulièrement aisés. Nous évoquerons la situation du Dr Lehmann qui se plaint d'être encore locataire à quarante-trois ans ([14], p68-69), ou celle de Fluorette qui oscille entre le sentiment d'être écrasée de travail et, dès que le rythme se calme, l'angoisse de ne pouvoir rembourser le prêt de son cabinet ([8], p292). Le Dr Borée souligne d'ailleurs l'ambivalence du système de paiement à l'acte. Vingt-trois euros est une somme rondelette pour une consultation vite expédiée, dans le cas d'un motif bénin, en revanche elle peut vite paraître insuffisante quand on consacre plus de trente minutes à l'éducation thérapeutique d'un patient ([3], p18-19).

Et que dire des actes non rémunérés ? Paul Sanlaville se plaint de ne jamais être réglé par les victimes d'accident de la voie publique. À ce sujet, il écrit une cocasse anecdote. Il se souvient d'un accident de voiture auprès duquel il fut prié de se rendre rapidement pour prendre en charge les victimes. En arrivant sur les lieux, il découvre que le vétérinaire a aussi été appelé pour la chienne d'une des passagères. Finalement aucun traumatisme grave ne sera décelé et tout le monde, chienne y compris, pourra poursuivre sa route non sans avoir démêlé l'histoire avec les gendarmes. Avant de partir, la patiente ne manqua pas de régler le vétérinaire mais les honoraires du médecin furent oubliés ([17], p124-129). Cette histoire laissera longtemps au Dr Sanlaville l'impression que son travail ne mérite pas rémunération dans la gestion de l'urgence.

Pour clore ce chapitre, nous évoquerons le point de vue de Jacques Franck. Dans son livre, *La ballade du généraliste, un médecin du XX^e siècle*, il consacre un chapitre entier au rapport du médecin à l'argent. À la question, combien gagne le médecin, il répond avec humour par un « moins qu'on ne le croit, beaucoup moins qu'il ne le souhaite, un peu plus qu'il ne le dit » ([9], p37). Il se prête ensuite avec honnêteté à l'analyse de ses recettes de 1956, sixième année de son installation, à 1990, l'année précédant sa retraite. L'évolution peut paraître très

avantageuse mais comparée à l'accroissement des frais (logement, pressions fiscales), la situation est vite tempérée. « Aux yeux des gens, la médecine passe pour une activité lucrative [...] Généralement ça ne paie plus beaucoup » ([9], p31).

Ce chapitre brosse le portrait une profession peu rémunératrice au regard des responsabilités et de l'investissement personnel. L'argent n'apparaissait jamais comme un moteur important dans l'exercice des médecins du corpus mais. ce sentiment d'un manque de valorisation des honoraires était largement partagé. Toutefois il faut rappeler que la presque totalité des médecins étaient installés en libéral, ce passage tend donc plutôt à questionner le mode de rémunération à l'acte.

2.4. La relation entre le médecin et le patient

Point central de la pratique médicale, le rapport entre le médecin et le patient est un thème crucial. Le patient, pas toujours malade, consulte le médecin pour un motif, parfois plus. Par cette rencontre, qu'est la consultation médicale, le médecin met en pratique ses connaissances et ses compétences pour répondre au mieux à la demande du patient. Mais pour atteindre cette finalité, les deux protagonistes doivent communiquer ensemble. Dans cette partie, nous tacherons de développer cet aspect et d'illustrer l'évolution de la relation entre le médecin et le patient.

2.4.1. La communication

Communiquer englobe l'ensemble des techniques permettant la diffusion d'un message. Ce constat simple en apparence, est la pierre angulaire de la relation médecin patient.

Tout d'abord, pour bien communiquer, il est préférable de parler la même langue. Évidence qui n'est pas toujours retrouvée sur le terrain. Les exemples abondent en ce sens. Citons le Dr Dufilho qui se retrouve confronté à une langue inconnue qu'est la langue basque. Avec le sentiment d'être en terre étrangère, il se retrouve dans l'obligation de recourir à l'aide précieuse d'une traductrice en la personne de l'institutrice du village ([6], p13). Quand le Dr Guiheuneuf arrive en Picardie rurale ; il a la surprise de découvrir que les malades parlent « moitié patois, moitié français » ([6], p63). Fluorette décrit le cas d'une famille parlant peu français et avec laquelle elle se sert d'un traducteur en ligne pour communiquer ([8], p121-123).

Mais parfois, parler la même langue ne suffit pas pour comprendre la signification des mots employés. Entendons par là que nous ne donnons pas le même sens à une expression verbale. Le Dr Borée en fait les frais au début de son installation. Un motif de consultation, ou de visite, revient souvent, le patient se dit « fatigué », ce qui a le don d'énerver le jeune docteur. Mais derrière l'adjectif, il découvre un abîme de signification. Pour lui la fatigue est synonyme de manque de sommeil, de manque d'énergie. Pour ses patients, derrière l'adjectif pudique de « fatigué », il coexiste une multitude d'états. Cela peut désigner une grippe, un infarctus, une déprime plus ou moins profonde mais aussi une insuffisance cardiaque aigue sur trouble du rythme comme le cas de cet homme âgé, victime d'un bloc auriculo ventriculaire, pour lequel son fils appela en urgence le médecin parce qu'il était « fatigué » ([3], p27-28). Charles Lanot évoque le souvenir d'une patiente dont il apprit à décoder les réponses. « Ça ne va pas très bien voulait dire : état stationnaire. Ça va pas pire voulait dire : ça va mieux. Quand elle ne répondait pas ou faisait semblant de ne pas entendre, ça voulait dire que ça allait » ([13], p77).

Du médecin vers le patient, il convient aussi de bien choisir ses mots pour se faire comprendre. Paul Perrève l'a bien saisi et a rapidement adopté un langage simpliste. Dans un souci de compréhension il s'est adapté aux connaissances de ses patients et a su rendre accessible son vocabulaire médical par des raccourcis qui prêtent parfois à sourire. Ainsi le poumon est « toujours unique, la pathologie cardiaque ne connaît que deux catégories. On est asthme ou on ne l'est pas » ([15], p232-233).

En poursuivant sur le volet de la communication, rappelons que pour comprendre le patient il convient d'abord de l'écouter tout en lui laissant le temps, la place pour s'exprimer. Ce concept, qui paraît indiscutable, devient vite difficile à appliquer et il convient de rester attentif à l'autre malgré la fatigue et le manque de temps. Dans son livre, Dr Lehmann nous décrit une consultation particulière, la dernière de la journée. Le patient commence par s'excuser de prendre rendez-vous arguant qu'il n'est pas vraiment malade. L'homme est mal à l'aise et change souvent de position sur son siège. Immédiatement, Christian Lehmann sent que cette consultation est importante et qu'il ne faut absolument pas la rater. Avec patience, il laisse le patient parler, le relançant par des questions ouvertes, jusqu'à ce qu'il déballe tous les symptômes d'un syndrome d'épuisement professionnel qui couve depuis trop longtemps ([14], p129-1345). Fatigué et peu à l'écoute, le médecin aurait pu se borner à la première demande qui était un simple hypnotique pour mieux dormir.

Dans son livre, *Journal d'un médecin généraliste*, la Dr Becquet semble à son aise pour inviter au dialogue et aux confidences. Elle explique ainsi faire « parler les gens sans le vouloir », que ce soit les patients, une esthéticienne ignorant son travail, le chef de son compagnon en passant par la juge des affaires familiales en charge de son divorce ([2], p59).

Dans bien des cas, ce n'est pas tant les mots du patient qui mettent la puce à l'oreille du médecin généraliste que les signaux non verbaux émis. La communication passe aussi par la gestuelle, les expressions du visage et les attitudes. Le Dr Delfieu explique d'ailleurs que la consultation commence dès la salutation, la poignée de main, le premier sourire ([5], p105-106). Dans le sens inverse, le médecin doit se méfier de sa gestuelle. Le Dr Guiheneuf partage le cas d'une patiente qui était convaincue d'être atteinte d'un diagnostic grave car le médecin avait eu un mouvement de recul à la lecture de la radiographie. Mouvement qui en réalité était imputable à un simple torticolis ([11], p172-173).

Au travers de ces illustrations se manifeste toute la complexité de la communication au sein de la relation entre le médecin et le patient. Il suffit d'un rouage défaillant et c'est toute la mécanique qui s'enraille. Pour illustrer de manière amusante le propos, nous citerons une histoire parmi tant d'autres qui jalonnent le *Journal d'un médecin de campagne* de Jean-Pierre Servin. Un jour arrive à sa consultation un homme seul qu'il connaît peu et qui semble souffrir dans la salle d'attente. Le voilà installé face au docteur mais le pauvre a du mal à expliquer le motif de sa venue. Il finit par lâcher, non sans avoir tourné autour du pot, qu'il s'agit de « sa petite Jacqueline ». Le médecin pense alors avoir à faire à un énième père inquiet pour sa progéniture. Voyant l'homme consulter sans son enfant il tente de l'aider et lui demande : « Elle est fiévreuse ? ». Le patient acquiesce avec empressement et s'en suit un long quiproquo. D'un côté le médecin qui tente de soustraire des informations quant à l'état de santé de la petite fille, non présente dans la salle de consultation, et de l'autre, un patient qui semble de plus en plus gêné de répondre aux questions du docteur, dressant le tableau d'un œdème inflammatoire et douloureux. Le bon docteur alarmé finit par se lever en déclarant : « Bien sûr, je ne vous demande pas si vous désirez que je l'examine sans perdre de temps. » « Oh oui docteur. S'y vous plaît » répond le patient. Le docteur tourne alors le dos à son interlocuteur pour rassembler ses effets dans sa mallette en vue d'une visite en urgence au domicile de ce père éploré. Lorsqu'il se retourne, il a la surprise de découvrir le patient, « piteux, aussi pourpre que la plus pourpre des pivoines [...] le pantalon en accordéon sur les godasses, qui [lui] présente entre ses mains calleuses ce qu'il est convenu d'appeler la partie

noble de son individu ». Le Dr Servin ne laisse rien paraître de son étonnement et s'adapte sur le champ à ce revirement de situation cocasse ([18], p56- 63).

2.4.2. Empathie, compassion, sympathie et attachement

Dans la continuité de la communication au sein de la relation médecin patient il convient de faire un aparté sur la notion d'empathie.

Dans le dictionnaire historique de la langue française d'Alain Rey, nous apprenons que le mot empathie est composé de *em-* soit « dedans » et de *-pathie*, du grec *pathos* « ce qu'on éprouve ». La formation semble s'être effectuée en anglais dès 1904 pour traduire le terme allemand *Einfühlung*, mot employé par Théodore Lipps, créateur du concept de psychologie [28]. Il désigne la capacité de s'identifier à autrui, de ressentir les émotions. De manière plus détaillée, l'empathie possède plusieurs dimensions d'expression développées dans la thèse du Dr Eydalaine [29]. Tout d'abord, il existe une dimension motivationnelle qui désigne un état spontané de réceptivité à autrui. Par ailleurs, l'empathie est aussi affective par notre réaction émotionnelle à celle d'autrui. Mais l'empathie peut être cognitive en nous permettant d'adopter la perspective d'autrui pour mieux comprendre son expérience. Enfin l'empathie est comportementale car nous pouvons rendre compte à notre interlocuteur de la compréhension empathique que nous ressentons à son égard.

Sur le plan médical, l'empathie du médecin est devenue une qualité jugée indispensable dans la prise en charge de son patient. La lecture de nos ouvrages était riche d'exemples qui venaient appuyer la complexité de cette notion, notamment sa frontière mince avec la sympathie et la compassion.

Commençons par le Dr Vieilledent qui nous relate un épisode de sa jeunesse. Un jour, enfant en Algérie, il voit passer devant sa maison un cortège funéraire composé de participants pleurant bruyamment. Il est alors frappé de plein fouet par la détresse humaine à laquelle il assiste, se sentant en empathie absolue. « Il fallait faire quelques chose pour les soulager » et par cette exclamation, il exprime sa compassion ([20], p50-51). Par la suite, nous découvrons à chaque chapitre de son ouvrage un médecin altruiste qui sympathise de plus en plus avec ses patients, qu'il affectionne particulièrement ([20], p105).

Dr Guiheneuf raconte qu'à ses débuts, il soignait un homme d'une cinquantaine d'année au motif un brin original. Le patient se plaignait de souffrir d'une bête logée dans son corps

depuis des années. Un jour le médecin était appelé car « elle [était] terrée dans son ventre », un autre jour parce qu'« elle [était] montée un peu plus haut » ([11], p117-123). Avec professionnalisme et sérieux, Vladimir Guiheneuf va s'attacher à toujours écouter son patient et l'examiner avec soin car bien que la bête apparaisse comme une projection psychosomatique, les souffrances qu'elle occasionne sont bien ressenties par le patient et à ce titre méritent une prise en charge, et quel soulagement pour le patient de se sentir écouté.

Parfois, la difficulté se retrouve dans le fait que le patient suscite plutôt l'antipathie. C'est le cas du Dr Borée et de son patient Alphonse. Ce dernier est pétri d'angoisse, multiplie les consultations, les demandes d'explorations complémentaires injustifiées et est friand de traitements symptomatiques. Tout ce que le Dr Borée n'apprécie pas. Quand il voit le nom du patient figurer sur le planning il se crispe d'avance. Le docteur éprouve bien des difficultés à essayer d'offrir malgré tout une qualité d'écoute et une empathie suffisante pour prendre en charge comme il se doit ce patient en souffrance ([3], p171-173).

Chaque médecin a des patients qu'il apprécie moins pour divers raisons mais ce genre de cas n'est pas la majorité, et globalement tous nos médecins écrivains sont plutôt sur le versant sympathique. Christian Lehmann en est l'illustration parfaite. Au-delà de la qualité d'écoute empathique dont il fait preuve, et que nous avons déjà décrite précédemment, il est capable d'accueillir un patient par un « entrez, mon ami » entendant par-là que « sa vie [lui] est chère » ([14], p28). Il n'hésite pas à se montrer même affectueux, comme avec ce patient âgé qu'il hospitalise en urgence. Le médecin a alors le sentiment que c'est la dernière fois qu'ils se voient, et lui dépose un baiser sur le front en guise d'adieu ([14], p62-63).

La frontière est bien mince entre l'empathie, la sympathie et la compassion. Le médecin, par sa fonction, peut être amené à revoir le même patient et, de l'écoute empathique peut découler un véritable sentiment d'attachement. Fluorette en fait l'expérience durant son externat. Dans le service d'oncologie pédiatrique où elle est affectée, elle se lie d'amitié avec un petit patient prénommé Dylan qui, du fait sa pathologie cancéreuse de mauvais pronostic et de son contexte familiale précaire, est à demeure dans le service. Durant trois mois, chaque matin, elle passe du temps avec l'enfant et de jour en jour, son attachement devient plus profond. Pourtant, elle a eu des cours sur l'empathie et le risque de contre transfert mais il est déjà trop tard, elle « aime » cet enfant. La fin du stage lui permettra de remettre de la distance avec l'enfant tant prônée durant sa formation et à regret, elle n'ira plus lui rendre visite et apprendra son décès quelques temps plus tard ([8], p35-38).

La difficulté est grande dans la médecine générale pour maintenir cette distance nécessaire dans la relation au patient. Lui offrir d'un côté une écoute empathique, avec cette capacité de reconnaître les émotions d'autrui, de les comprendre et de les intégrer pour une meilleure prise en charge du patient, et d'un autre côté, garder une distance affective nécessaire à la réflexion rationnelle et la prise de décision objective. Quand le médecin glisse vers la compassion, il souffre avec l'autre et la sympathie crée du lien affectif entraînant le risque aussi de finir submergé par les émotions. À l'image de Jaddo, en stage en médecine générale et en soins palliatifs, qui au détour d'une soirée, d'une conversation entre amis, craque émotionnellement et laisse libre cours à ses sentiments d'impuissance vis-à-vis de la mort et la maladie, d'épuisement physique et affectif. ([12], p149-151). Évoquons aussi Jacques Chauviré qui est longtemps resté ébranlé par le décès brutal d'un de ces jeunes patients. Il se souvient d'être ressorti en pleurant de l'appartement où le corps reposait ([4], p21-22). Des mois plus tard, il continue à en faire mention dans son journal de bord ([4], p26-27).

Par ce chapitre, nous développons modestement la notion d'empathie dans la relation entre le médecin et le patient. Les ouvrages sont riches d'exemples de réactions empathiques. Toutefois, les médecins généralistes du corpus développent surtout les sentiments de compassion et de sympathie. Il transparaît de leurs récits une véritable forme d'attachement à ceux qu'ils soignent au quotidien ce qui peut entraîner une forme de vulnérabilité.

2.4.3. L'information et le consentement du patient

Nous avons abordé la communication et l'écoute empathique, conditions sine qua none de la qualité des échanges entre le médecin généraliste et son patient. Suivons cette logique et intéressons-nous maintenant au message échangé, soit plus précisément, l'information délivrée au patient. De ce point de vue, il est intéressant de noter une certaine disparité dans nos lectures.

Commençons ce chapitre par des exemples tirés du livre *Place des angoisses* de Jean Réverzy, médecin né en 1914. Il y dépeint la consultation libérale d'un éminent professeur de médecine du début du siècle dernier. Les patients arrivent très tôt et une première religieuse leur épingle un numéro inscrit sur un morceau de carton à la poitrine, puis ils sont priés d'attendre. Quand vient leur tour, ils sont invités à se dévêtir dans un box puis rentrent dans la salle de consultation à proprement parler et s'étendent sur la table devant le professeur. L'interrogatoire est minimaliste et l'examen clinique fait dans la foulée. Une deuxième

religieuse rédige l'ordonnance sous la dictée du médecin qui n'accorde pas plus de dix minutes par patient. Le temps qui passe est rappelé sans cesse par l'égrenage des minutes à l'oral par une troisième sœur ([16], p55-56). À l'hôpital, le patient n'est pas mieux loti dans le récit du Dr Réverzy. Au cours de la visite professorale que nous avons déjà abordée, le malade peut voir à son chevet une troupe nombreuse de blouses blanches. Son cas est débattu devant lui par l'interne, l'externe et le professeur, sans qu'il ne soit jamais invité à s'exprimer. Puis il est examiné à la vue de tous ([16], p32-33). Ces exemples peuvent interpeler mais ils illustrent bien ce que pouvait être la relation médecin patient il y a presque un siècle en France, c'est-à-dire une relation où la position et le savoir du professionnel domine le patient départi de son individualité et de sa capacité d'expression.

Au cours de nos lectures nous avons pu constater que nos médecins écrivains étaient attentifs aux différents modes de communication. Pour le Dr Averlant, le dialogue avec le patient est primordial. Selon lui, le professionnel doit informer son interlocuteur et il déplore l'attitude de certains spécialistes auxquels il adresse ses patients. Il ne compte plus les fois où le pauvre malade ressort de la consultation avec pour seule information un silence pastoral suivi d'une phrase sentencieuse : « on va envoyer une lettre à votre médecin » ([1], p23-24).

L'information est devenue un droit inscrit dans le Code de la santé publique (annexe 7) et tout patient doit être tenu informé de son état de santé, même quand celui-ci est fortement compromis par une pathologie grave. Pourtant, Jaddo a parfois constaté le cas contraire durant ses études. Elle relate l'histoire d'une patiente de quatre-vingt-deux ans pour laquelle son médecin généraliste, chez qui elle est en stage, a fait réaliser une IRM retrouvant une lésion évocatrice d'une métastase osseuse vertébrale. Le médecin trouve miraculeusement une place en hospitalisation directe, entendons par là sans passer par les urgences, dans un service de cancérologie mais ne veut surtout pas évoquer la possibilité d'une pathologie cancéreuse. Il évoque un bilan à approfondir, parle d'inflammation, laissant le soin à ses collègues hospitaliers d'annoncer la mauvaise nouvelle, ce qui ne manque pas de révolter notre écrivaine ([12], p35-37).

Mais nos lectures sont aussi émaillées d'exemples où le médecin tente de répondre au mieux aux demandes d'information, surtout dans des situations critiques. En restant avec Jaddo, nous la suivons durant une nuit de garde à l'hôpital où elle est appelée à la demande d'une famille d'un patient décédé. L'entourage est dans la détresse, loin d'être vindicatif, il est seulement demandeur d'écoute et d'information. Ce que s'empresse de faire Jaddo avec toute l'empathie

dont elle est capable ([12], p121-123). Fluorette décrit le cas où elle dut informer la famille d'un patient victime d'un accident vasculaire hémorragique au pronostic très sombre. Elle décrit dans son livre comment elle prit le temps de choisir les bons mots pour rendre compte de la situation, de sa gravité et de sa fragilité, tout en s'assurant que la famille comprenait les messages envoyés ([8], p42-46).

Le médecin est tenu d'informer le patient quant aux traitements entrepris, aux investigations lancées et même aux actions de prévention. Nous en avons vu précédemment l'exemple avec la Dr Becquet qui se fait un devoir d'énoncer tous les effets secondaires des benzodiazépines, antidépresseurs et hypnotiques afin de convaincre ses patients soit de les arrêter, soit de ne pas y avoir recours. Tout comme nous avons déjà cité le Dr Borée qui pèse toujours la balance bénéfices-risques notamment dans le dépistage du cancer de la prostate par dosage des PSA et en informe le patient.

Mais derrière la notion d'information, il y a surtout la notion de consentement du patient, rappelé par l'article 36 du Code de la santé publique (annexe 8) dont voici un extrait :

« le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. »

On entend ainsi que toute la démarche de soin doit être entreprise avec l'accord du patient. Georges Vieilledent le sait bien. Dans son livre il explique être attaché à délivrer l'information la plus claire possible et laisse le choix au patient d'adhérer à son raisonnement, car pour lui, les patients sont des alliés précieux et « dans la lutte contre la maladie il faut être deux, sinon cela ne fonctionne pas ». Ainsi, un patient consentant et informé de sa pathologie va d'autant plus adhérer à la stratégie thérapeutique mise en place. À contrario, il a toujours accepté la décision d'un patient même si elle allait à l'encontre de son propre avis de médecin ([20], p152-154).

La pratique de la médecine générale est difficile et le rapport au patient complexe. Parfois, les deux parties s'opposent sans terrain d'entente, c'est le cas du Dr Borée et des parents farouchement opposés à la vaccination de leur enfant. Ce docteur, que l'on découvre dans son livre disponible, à l'écoute et respectueux de ses patients, essaye de convaincre les récalcitrants de changer d'avis, ou du moins de faire des concessions, en leur exposant un

discours le plus objectif possible en tenant compte des risques encourus pour l'enfant non vacciné. Devant le refus obstiné de ces parents, le Dr Borée se sent en colère et contraint de leur annoncer qu'il faudrait envisager un autre médecin traitant car autrement, « chaque consultation [sera] à l'avenir une épreuve de force... et qu'on ne fera rien de bien ensemble » ([3], p37-39).

Cet ensemble d'illustrations extrait de notre corpus appuie la complexité du devoir d'information et du consentement du patient. Dans une relation médecin patient idéale une chose est certaine, l'information est un droit pour le patient, le recueil du consentement, un devoir pour le médecin, la communication étant la condition essentielle à ce postulat.

2.4.4. Du paternalisme vers une relation équilibrée

Après avoir abordé la communication, l'écoute empathique et l'information du patient, il convient de faire le point sur l'approche du patient par le médecin au cours de la consultation.

La relation entre le médecin et le patient est à la base déséquilibrée. Le patient vient en demande, souvent en situation de faiblesse engendrée par un motif médical. De son côté, le médecin est détenteur d'un certain nombre de compétences dont un savoir médical. De cette inégalité peut découler une forme paternaliste de l'exercice de la médecine où le soignant, détenteur du savoir, choisit la marche à suivre pour le patient. Ce dernier est placé sous l'autorité bienveillante du médecin qui le maintient dans une forme d'ignorance tout en se passant de son consentement.

Dans nos lectures, nous avons rencontré de nombreux exemples en ce sens et nous en avons déjà cités quelques-uns précédemment. Poussées à leur extrême, les représentations du malade à l'hôpital ou en consultation au début du XX^e siècle rencontrées dans le récit de Jean Réverzy sont édifiantes. On y découvre des patients dépouillés de leur identité, numérotés, sans égard pour leur dignité. Ils sont anonymes, interchangeables. Leur consentement n'est pas recherché, ils doivent se soumettre au médecin et apparaissent résignés. Aujourd'hui, de tels agissements seraient dénoncés, mais il y a presque un siècle, les us étaient différents.

Dans la même idée, Charles Lanot apporte son témoignage. En 1950, jeune externe, il assiste mortifié à la prise en charge d'une jeune prostituée hospitalisée en urgence pour hémorragie génitale. Elle est connue du service pour s'être déjà fait avorter et tous les signes annoncent un nouvel avortement clandestin qui se complique. L'interne qui la prend en charge se montre

particulièrement inhumain. Sous les yeux impuissants de notre auteur, la patiente subit un rasage du pubis à sec puis un curetage utérin sans anesthésie, l'interne espérant qu'ainsi « elle s'en souviendra plus longtemps » ([13], p18-23). Cet exemple de maltraitance était toléré dans l'ancienne France conservatrice mais il était surtout permis par une vision terriblement rétrograde du patient. Soumis, inférieur, le malade était dépendant du bon vouloir du médecin, être jugé supérieur et inattaquable.

Mais il ne faut pour autant considérer que cette vision paternaliste, où la dignité du patient est mise à mal, fait partie totalement du passé. Jaddo, dans son récit, nous décrit de nombreuses situations tout à fait contemporaines. Citons le cas de cette patiente âgée hospitalisée pour une fracture de col du fémur. Installée au bloc opératoire, elle gît consciente et nue au milieu du personnel hospitalier indifférent, gênée sans possibilité de se couvrir. Situation banale mais qui remue profondément Jaddo, alors jeune externe ([12], p31-32). Plus loin dans la lecture de son récit, l'auteure est indignée devant l'attitude de son chef de service. Ce dernier lui interdit d'informer un patient du caractère préoccupant des résultats de ses examens complémentaires, annonceurs d'une pathologie cancéreuse. Il ne faut surtout pas évoquer un diagnostic mais maintenir le malade dans l'ignorance la plus totale quant à son état de santé ([12], p47-48). Elle voit ce médecin réitérer son comportement avec un autre patient dont les résultats d'anatomopathologie sont formels, c'est un cancer. Il parvient à ressortir de la chambre du malade sans prononcer le mot fatidique, invoquant une inflammation tout en déléguant le patient à un service d'oncologie dans la même journée ([12], p49).

Ces exemples sont évidemment des situations extrêmes. Dans les cabinets de nos médecins écrivains, nous avons surtout assistés à leurs efforts constants pour offrir le meilleur à leur patient, tant sur le plan technique, thérapeutique que sur le plan humain avec une écoute empathique que nous avons développée précédemment. Nous avons vu que la relation médecin patient idéale impliquait une bonne communication, qu'elle soit verbale ou non, une attitude disponible et empathique du soignant, la délivrance d'une information claire et loyale et surtout le recueil du consentement du patient. Cependant, on peut tomber dans le piège d'une forme de paternalisme sans le vouloir.

La Dr Becquet est une médecin engagée auprès de ses patients. Très investie, elle met un point d'honneur à offrir une écoute attentive au moyen de psychothérapie de soutien. Bien qu'elle s'adresse à ses patients « d'égal à égal », elle se rend aussi compte qu'elle entretient des rapports fusionnels avec eux au point que quand vient le temps de laisser sa patientèle à un

remplaçant pour des vacances bien méritées, elle a le sentiment de « laisser le bébé pour la première fois à une nounou » ([2], p65). Tout comme son compagnon, après avoir entendu une conversation entre elle et un de ses patients, s'exclame : « tu lui as parlé comme à un enfant ! » ([2], p187).

Par ces exemples, nous souhaitons souligner qu'une attitude bienveillante et sympathique peut aussi conduire à une forme d'infantilisation où le médecin se sent responsable de ses patients sans souhaiter pour autant prendre un ascendant sur eux. Nous entendons ainsi qu'une relation médecin patient équilibrée et saine est un travail constant où les deux protagonistes s'écoulent mutuellement. Et il suffit de peu pour que l'équilibre tangué.

Voyons maintenant le Dr Borée. Il partage un exemple où le respect du patient et de sa volonté est au cœur de l'histoire. Le docteur se retrouve en grande difficulté dans la prise en charge d'un patient âgé de quatre-vingt-dix ans. Ce dernier, buté, refuse tout traitement et investigation alors qu'il souffre d'une arythmie cardiaque de longue date, et ce, malgré les efforts répétés de notre auteur pour le convaincre des risques de complications. Le patient âgé commence à chuter régulièrement à son domicile et sa fille, principale aidante, se retrouve de plus en plus en difficulté face à ce père récalcitrant. Elle souhaite le faire entrer dans une maison de retraite, ne supportant plus de vivre avec le risque que son père face une complication seul dans sa maison. Évidemment, le patient s'oppose à cette idée. Malgré une prise en charge à domicile difficile, le Dr Borée maintiendra toujours son refus de remplir un dossier d'admission contre la volonté du patient et malgré les demandes répétées de sa fille. Il est pourtant convaincu que son patient pourrait profiter d'une meilleure prise en charge en institution mais pour le Dr Borée, il appartient aussi au médecin généraliste de défendre la volonté du patient et ses intérêts ([3], p225-230).

Nous finirons par une deuxième histoire tirée de son livre. Il explique avoir tenté sans succès de poser un stérilet hormonal à une patiente. Gêné et honteux de son échec, il finit par l'adresser à un gynécologue situé à plus de vingt kilomètres. Quelques temps plus tard, il croise la patiente dans la rue qui lui annonce que par un concours de circonstances, elle n'arrive pas à prendre rendez-vous avec le gynécologue. De plus, elle est embêtée de faire la route alors elle insiste pour retenter le coup avec le Dr Borée. Confiante, elle lui dit « qu'il n'y a pas de raison que ça ne marche pas cette fois ci » ([3], p23-24). Le médecin est tellement touché par cette marque de confiance qu'il remercie anonymement cette patiente par l'écriture de cette histoire. La lecture de ce récit nous amène à penser que la confiance du patient

accordée à son médecin généraliste peut aussi être envisagée comme une véritable récompense.

Par cette thématique, nous avons abordé la complexité de la relation entre le médecin généraliste et son patient. Notre corpus était riche de situations qui nous ont permis d'illustrer avec diversité la question de la communication. Les histoires ne manquaient pas pour développer la question de l'écoute du médecin, l'information délivrée et la notion du consentement du patient. Par cet exposé nous avons pu voir que la dynamique du corpus allait dans le sens d'une relation entre le soignant et le patient équilibrée et respectueuse, non sans reconnaître la difficulté de la pratique.

2.5. Le médecin généraliste au sein du système de soin

Dans cette thématique, nous allons aborder différentes missions du médecin généraliste qui était particulièrement développées dans les récits du corpus.

2.5.1. Du médecin de famille au médecin traitant

Commençons par nous pencher sur les termes employés pour désigner le médecin généraliste. Lorsque nous lisons les différents titres des livres qui composent notre corpus nous nous rendons compte que le terme « médecin de campagne » revient sur huit couvertures (confère première partie 1. 1). La désignation « médecin généraliste » elle, se retrouve sur sept ouvrages (confère première partie 1. 1).

Au début du XX^e siècle, celui qui a terminé ses études médicales et soutenu sa thèse est docteur en médecine. Il peut prodiguer ses soins de l'enfant à la personne âgée, mais aussi selon son mode d'exercice, prendre en charge les accouchements et les actes de petite chirurgie. C'est une médecine que l'on peut qualifier de générale comme nous l'explique le Dr Salvatore dans sa thèse [23]. Le Dr Franck commence son livre en énumérant les différentes appellations de l'omnipraticien. On peut le désigner sous le nom de « médecin de quartier » quand l'exercice est urbain, ou « médecin de campagne » quand il est installé en milieu rural, comme c'est le cas d'une grande partie de nos auteurs. Plus gratifiant pour l'auteur, la dénomination « médecin de famille » correspond à une vieille tradition, celle du docteur qui « voit plusieurs générations se succéder à son cabinet » ([9], p9).

Le terme généraliste est peu à peu employé avec le développement des spécialités médicales. Dès 1949, on peut choisir la voie de la spécialisation soit par le concours de l'internat, et donc une voie hospitalière, soit par les certificats d'études spécialisées, formations universitaires proposées après le doctorat. La médecine générale devient une non spécialité ([23], p67). Par la suite, les défenseurs de la profession vont s'organiser et ne cesseront de promouvoir leur métier jusqu'à la reconnaissance de la médecine générale comme une spécialité à part entière.

Sur un plan plus pratique, et toujours selon Jacques Franck, le médecin généraliste est accessible aux patients, son intervention est rapide et, non sans un trait d'humour de notre auteur, il est « économique » par rapport à ses confrères spécialistes. Certes, « il ne sait peut-être pas grand-chose, mais il le sait sur à peu près tout ». Le médecin généraliste prend en charge le patient dans sa globalité, il fait la synthèse de son état de santé ([9], p10).

De cette nécessité de prendre en charge le patient dans son ensemble et de coordonner les soins autour de sa personne, est né le terme de médecin traitant. En 2004, une nouvelle loi de réforme de l'Assurance maladie rend obligatoire la désignation d'un médecin référent par chaque assuré âgé de plus de seize ans (annexe 9). La majorité des Français choisit alors un médecin généraliste comme médecin traitant. Les remboursements sont minorés pour ceux qui sortent du parcours de soin par exemple, ceux qui consultent directement un spécialiste sans passer par leur médecin traitant. Évidemment, il existe des dérogations, comme nous le rappelle le Dr Delfieu, si le patient est loin de son domicile ou encore s'il consulte dans l'urgence ([5], p235).

Pour le Dr Guiheneuf, tous ces changements sociétaux modifient le comportement des patients. Ces derniers deviennent plus exigeants. Il a le sentiment d'être devenu « un prestataire de service » ([11], p415-416).

Mais attachons nous à la relation entre le patient et son médecin traitant. Le Dr Lehmann nous explique dans son livre que la base de cet échange est « un contrat de principe » entre les deux parties. D'un côté le patient s'engage à privilégier le recours à un médecin généraliste et de l'autre, le professionnel qui s'engage à tenir le dossier médical du malade et coordonner ses soins ([14], p275).

Pour ce faire, la proximité géographique entre le patient et son médecin est primordiale selon le Dr Borée. Pour illustrer son propos il dépeint le cas d'un patient sympathique qui, après avoir déménagé à une certaine distance du cabinet, demanda à notre auteur de continuer à le

suivre. Ce dernier se sentant flatté, accepta. Malheureusement, le jour où le patient fut victime d'un accident vasculaire c rebral, la situation se d grada. Aucun confrère généraliste avoisinant le domicile du patient ne consentit à se déplacer et le Dr Borée finit par l'adresser aux urgences les plus proches par le moyen d'une ambulance sans avoir vu ni examiné le patient, son cas n'étant pas assez grave pour mobiliser une équipe médicale mobile. « Une situation détestable qui [lui laissa] un goût amer » ([3], p206-207). Depuis, il insiste auprès des patients qui déménagent loin pour qu'ils changent de médecin traitant, malgré la confiance mutuelle qu'ils ont pu tisser ensemble. Par cette triste histoire, il convient de reconnaître que la proximité améliore la qualité de la prise en charge par le médecin.

Pour poursuivre sur le choix du médecin traitant, il est important de souligner que la décision est libre des deux côtés. Par exemple, le Dr Borée garde comme principe de ne jamais donner de rendez-vous à l'avance à ses patients. C'est un moyen pour lui de leur laisser le choix de revenir tout en se préservant une forme de liberté quant à son emploi du temps puisqu'il peut ainsi planifier des absences au dernier moment ([3], p237-238).  videmment, cela ne l'empêche pas de se remettre en question quand il découvre sur les relevés de la caisse d'Assurance maladie que certains patients ont changé de médecin traitant sans l'avertir.   chaque fois, il ressent « un petit pincement » et il ne peut s'empêcher de rejouer mentalement les dernières consultations à la recherche d'une m sente qui justifierait ce revirement de situation ([3], p186-187).

La Dr Becquet nous rappelle que cet accord entre le patient et le médecin traitant est bilatéral. Elle se réserve ainsi le droit de refuser certains patients. Comme vu précédemment, ses convictions sont fortes en matière de prescriptions d'antidépresseurs, neuroleptiques, benzodiazépines et apparenté. Elle n'hésite pas à opposer un non irrévocable aux consommateurs. Ceux qui ne peuvent se plier à sa décision sont pri s d'aller consulter un confrère ([2], p44-45).

Par ce chapitre, nous avons pu aborder les différentes dénominations du médecin généraliste. Nous avons pu également définir la notion de médecin traitant ainsi que son rôle dans le système de soin. Une chose est certaine à la lecture des récits du corpus, il apparaît que le médecin généraliste forme sa patientèle à son image, au fur et à mesure de sa pratique quotidienne.

2.5.2. Premier recours et tout venant

Une des caractéristiques du médecin généraliste, et sans doute la plus importante, est qu'il constitue très souvent le premier recours du système de soin. C'est un intervenant censé être accessible et disponible rapidement. Par ce chapitre nous tenterons d'illustrer la diversité de motifs pour lesquels les médecins du corpus sont sollicités.

Dans la France occupée par l'Allemagne nazie, le Dr Dufilho est le seul médecin de sa vallée basque. Il est appelé au sein d'une même journée pour des motifs bénins mais aussi pour des accidents tragiques. Sa difficulté majeure est de devoir exercer seul et « toujours en public, sans filet » ([6], p155). Il se déplace pour des pathologies infectieuses dont l'issue est souvent fatale en ces temps où les traitements antibiotiques ne sont pas encore d'actualité. Il gère des traumatismes qui ne nécessitent pas d'intervention chirurgicale comme le cas de cette patiente âgée qui s'est brisée les deux avant-bras. Après avoir réussi à gagner, de nuit et sous une tempête de neige, l'habitation reculée de la pauvre patiente, le médecin réduit les deux foyers de fracture sous anesthésie générale au moyen d'éther, puis immobilise les deux membres par des plâtres confectionnés à la lueur de la bougie ([6], p75-82).

Dans les années soixante, le Dr Vieilledent fait le même constat. Il se lève chaque matin sans savoir ce que sa journée de travail lui réserve. Les motifs aigus bénins, tels les infections de la sphère otorhino laryngée ou des accès douloureux d'arthrose, peuvent laisser la place à des fractures et des plaies. Cette diversité fait la richesse de son métier ([20], p43).

Plus contemporain, Stéphanie Becquet partage avec nous la disparité des motifs de consultation. Aux problèmes aigus s'ajoute le suivi des patients atteints d'une maladie chronique. Ces derniers nécessitent une surveillance régulière de leur état de santé au plan clinique comme au plan des examens complémentaires, s'il y a lieu d'en prescrire. Ces patients consultent aussi régulièrement pour renouveler leurs traitements médicamenteux ([2], p60). Généralement, le temps consacré à ces consultations est proportionnel à la gravité de la maladie chronique et à l'existence de pathologies concomitantes. Dans un système de paiement à l'acte, les consultations longues sont peu valorisées et le médecin accueille parfois avec soulagement les motifs bénins, pourtant moins stimulants sur le plan intellectuel, mais qui permettent des consultations faciles et rapides comme le souligne le Dr Borée ([3], p18-19).

Mais qui dit premier recours, dit aussi tout venant. Le médecin généraliste accueille ainsi dans son cabinet une population de patients diverse à tous les plans. Sans distinction, il soigne les hommes et les femmes, des premiers jours de vie à leurs derniers instants. On ne peut citer tous les exemples de nos ouvrages qui vont en ce sens tellement ils sont nombreux. Pour illustrer nous garderons le livre du Dr Lehmann, dans lequel nous suivons le médecin au cours d'une journée de travail fictive. Il s'adapte à tous les âges, de la petite Jessica vingt et un mois, atteinte d'une virose banale ([14], p24-25), au petit garçon prénommé Cédric, qui est constipé depuis qu'il va à l'école ([14], p86), en passant par des patients de tout âge jusqu'aux personnes âgées comme Albert, quatre-vingt-dix-sept ans, dont la mémoire commence à défaillir doucement ([14], p28).

Au-delà de l'âge du patient, ce sont toutes les classes sociales qui peuvent se croiser dans la salle d'attente d'un médecin généraliste, des plus aisées, aux plus démunies. Le Dr Guiheneuf redoutait ainsi de soigner certains patients qui vivaient dans des conditions sanitaires inimaginables. Chaque visite chez Joseph était « une épreuve ». Ce dernier ne connaissait ni l'eau ni le savon. Les rats se déplaçaient librement dans son habitation de terre battue et jonchée de détritrus ([11], p129-131). De son côté, le Dr Delfieu exerçait dans la capitale française. Il pouvait, dans une même journée, prodiguer ses services à Hector, sans domicile fixe et toxicomane notoire de son quartier, notamment grâce à la couverture médicale universelle ([5], p149), puis soigner des célébrités françaises comme Jean Marais ([5], p199).

Enfin, les flux migratoires ont aussi permis d'apporter une certaine forme de diversité culturelle à la patientèle du médecin généraliste. Yves Averlant, médecin salarié d'une corporation minière du nord de la France pendant près de trente années, était particulièrement ravi de soigner des patients aux origines variées. Polonais, Algériens, Hongrois, Yougoslaves, Allemands, Marocains et bien d'autres encore se pressaient à son cabinet ([1], p15). Par leurs contacts et en pénétrant l'intérieur de leur maison, il accédait à des us et coutumes qui ne manquaient pas de l'étonner et de l'émerveiller.

2.5.3. L'urgence et la permanence du soin

L'exercice de la médecine générale comporte dans ses attributions la gestion de situations d'urgence. Ces états pathologiques qui nécessitent d'agir au plus vite, par leur caractère imprévisible viennent bouger l'ordre établi d'un cabinet de médecine générale. La lecture des

différents ouvrages de notre corpus nous renseigne sur la diversité des situations d'urgence rencontrée par un médecin généraliste depuis les années quarante à nos jours.

Nous avons déjà abordé le travail du Dr Dufilho en Pays Basque pendant la Seconde Guerre mondiale. Les pathologies bactériennes infectieuses étaient alors particulièrement redoutables compte tenu du fait qu'aucun antibiotique n'était disponible. La diphtérie sévissait et prenait la forme d'un appel en urgence pour un enfant suffocant. À l'examen clinique, les membranes adhérentes caractéristiques de l'infection obstruaient la gorge du malheureux et notre médecin chevronné se voyait dans l'obligation d'effectuer une trachéotomie ([6], p35). Il partage d'ailleurs avec ses lecteurs l'expérience de sa première trachéotomie. Un jour, il est appelé pour un homme qui présente des difficultés respiratoires dans un contexte de cancer du larynx. À l'examen, la congestion du larynx est telle que seule une trachéotomie peut sauver le patient. Le Dr Dufilho s'arme de courage, et sous les yeux des voisins du malade, effectue le geste salvateur en puisant dans sa mémoire la technique à laquelle il n'a assisté que deux fois. La réussite est totale, le patient est soulagé mais il finira par s'éteindre doucement en quelques semaines des suites de sa pathologie cancéreuse ([6], p58-60). À la lecture de son ouvrage, nous découvrons un médecin particulièrement compétent dans les actes techniques. Il décrit ainsi le cas d'une malade asthénique, pâle, victime d'infections à répétition et dont l'examen clinique retrouve une grosse rate. Pour le Dr Dufilho, la patiente est atteinte d'une leucémie et nécessite une transfusion en urgence. Le lendemain, il se présente au lit de la malade accompagné d'un patient donneur universel et effectue une transfusion, non sans avoir vérifié l'absence de réaction d'agglutination. Avec son récit, nous suivons le médecin sur les routes escarpées de sa vallée, l'obligeant souvent à finir le chemin à dos de cheval ou de mulet, ou encore à pied, de jour comme de nuit, sous le soleil, la pluie ou la neige. Cette vie de labeur l'use progressivement et les forces lui manquent souvent le lendemain d'une nuit sans repos ([6], p126).

À la lecture du *Journal d'un médecin de campagne* du Dr Servin, les situations d'urgence ne manquent pas non plus. Bien que nous ne disposions jamais de date précise, le docteur commence son exercice pendant une période où la panoplie des traitements cardio-vasculaires était bien maigre. Il se souvient une nuit d'avoir été appelé en urgence au chevet d'une patiente au plus mal. À son arrivée, il découvre la pauvre malade suffocante, cyanosée, une écume blanchâtre aux lèvres. L'examen clinique est sans appel, la patiente se meurt d'un œdème aigu du poumon. Il faut faire vite et sans attendre, le Dr Servin pratique une saignée qui laisse s'échapper un flot de sang noir et visqueux. Il complète le traitement par une

injection de morphine et d'un cardiotonique, le « traitement du moment ». La malade va mieux, elle dort paisiblement. Devant la gravité de la situation, le curé est appelé. Le docteur repartira finalement à l'aube en compagnie de l'homme d'église et quel cruel constat pour le praticien de voir la famille se confondre en remerciements à l'endroit du curé, sans un mot pour le bon médecin ([18], p170-175).

Pour le Dr Sanlaville, « les appels d'urgence font partie des pires inconvénients d'un métier, par ailleurs passionnant », notamment par la part d'inconnu qu'ils comportent. Ils étaient source d'une grande appréhension pour le docteur qui redoutait toujours de manquer de temps pour réfléchir, de moyens d'investigation et de traitements efficaces pour optimiser la prise en charge. Il regrettait de ne pas disposer d'une aide pour le seconder ([17], p117). Dans son livre, *En Bourgogne, j'étais médecin à la campagne*, il se souvient d'avoir été appelé à de nombreuses reprises pour des accidents de la voie publique. Ces appels, souvent anonymes, le jetaient sur les routes de la campagne où il perdait un temps précieux à trouver le lieu du drame ([17], p118-120).

À son époque, la permanence des soins n'est pas organisée. Dans les campagnes, chaque médecin généraliste peut être appelé à tout moment pour un de ses patients. Jacques Farisy se souvient des repas entre confrères. Un soir, il est convié avec son épouse, chez un ami médecin généraliste. Ils retrouvent sur place un ami gynécologue ainsi qu'un chirurgien, tous les deux accompagnés de leur femme. Au moment de servir l'entrée, un premier coup de téléphone perturbe le repas. C'est la clinique qui réclame la présence du chirurgien pour une césarienne. Le chirurgien et son épouse quittent la soirée. Quelques minutes plus tard, un deuxième coup de téléphone retentit. La patiente qui va être césarisée demande la présence de son gynécologue qui a suivi sa grossesse. Un deuxième couple quitte la soirée. Au plat de résistance, c'est l'hôte qu'on appelle pour un accouchement. Ils ne sont plus que trois autour de la table. Finalement, notre docteur finira par quitter lui aussi le dîner, appelé en urgence au domicile d'un de ses patients ([7], p 84). Il ponctue le récit en précisant que ce genre de situation était assez fréquent du temps où il n'existait pas de tour de garde ni d'association de confrères.

De son côté, le Dr Averlant goûtait peu la nécessité d'être sorti de son lit dans la nuit. Néanmoins, il appréciait aussi de se retrouver seul au lit du malade, sans livre, sans collègue à appeler car pour lui, « il est remarquable devant une situation critique de voir remonter les connaissances comme des nénuphars à la surface de l'eau » ([1], p11). Il faut toutefois

rappeler que les médecins salariés des mines s'organisaient en tour de garde dès les années cinquante.

Dans les années soixante-dix, les accidents de tracteur sont malheureusement courants dans la campagne où exerce le Dr Vieilledent. À la saison des moissons, il est appelé en urgence dans une ferme où une jeune fille est victime d'un traumatisme crânien suite à une chute de la cabine d'un tracteur. L'examen clinique est alarmant, il essaye en vain de la faire transporter par hélicoptère vers l'hôpital le plus proche. Finalement il attendra une ambulance pendant plusieurs heures et la patiente décèdera dans la nuit ([20], p48-49). Plus tard, il sera profondément marqué par le décès d'un enfant écrasé sous les roues du tracteur de son père. Ce sera lui qui véhiculera, pied au plancher, ce père foudroyé de douleur et de culpabilité, tenant désespérément le corps de son fils inanimé ([20], p70-71). Il verra l'arrivée du SAMU (Service d'Aide Médicale d'Urgence) en Haute Loire en 1986 avec soulagement, mais demeurera pendant quarante ans, disponible sept jours sur sept, répondant aux appels d'urgence jour et nuit ([20], p235).

Le Dr Van Eslande s'installe, en même temps que trois autres confrères en 1978 dans une commune qui compte déjà six médecins généralistes. Les jeunes médecins, pour compléter leur maigre activité, écopent des appels de nuit et de week-end. En première ligne, il assiste à de véritables urgences vitales. Jean Van Eslande sera particulièrement marqué par l'arrivée en trombe dans son cabinet d'une jeune fille pour une crise d'asthme. L'examen retrouve des signes d'asthme aigu grave. Il l'installe demi assise sous oxygène et lui injecte la panoplie thérapeutique dont il dispose : théophylline, corticoïdes et bronchodilatateur. La patiente perd connaissance et les minutes sont longues avant l'arrivée de l'équipe du SAMU. Finalement, la jeune fille se réveillera dans le camion des pompiers ([19], p159-161). Très vite, le Dr Van Eslande essaye d'organiser la permanence de soin. Ils sont dix médecins pour un bassin de population de treize mille âmes. Ils créent en 1980 l'Association médicale de Gaillon pour l'urgence et établissent un tableau de garde ([19], p164-165).

Parallèlement, la loi sur l'aide médicale d'urgence de 1986 définit clairement les missions du SAMU et crée un numéro d'urgence unique, le 15. Peu à peu des centres de réception et régulation des appels médicaux se développent. Le Dr Delfieu s'est particulièrement investi dans un centre 15 à Pontoise ([5], p273). La modification de l'organisation de la permanence des soins a eu comme effet direct d'augmenter l'activité de la régulation médicale. Aux

médecins urgentistes se sont joints des confrères libéraux pour tenter de débrouiller les nombreux appels pour des motifs plus ou moins médicaux.

Pour le Dr Lehmann, l'organisation du système de garde des médecins libéraux est à remettre en question. Il s'interroge sur la dangerosité de réquisitionner des médecins, de les faire sortir la nuit entre deux journées de travail déjà harassantes. Une situation détestable et dangereuse pour le praticien mais aussi pour les patients dont la santé dépend alors d'un intervenant dont les capacités sont grandement altérées par la fatigue ([14], p187).

Pour nos médecins généralistes contemporains, les urgences auxquelles ils sont confrontés ont changé en même temps que l'amélioration des thérapeutiques, la gestion de la permanence et la continuité des soins. Leur présence sur les lieux d'un accident de la circulation n'est plus requise, sauf quand il survient à proximité du cabinet. Fluorette en fit l'amère expérience. Un jour, des coups à la porte du cabinet la sortent d'une consultation. Une famille entre en trombe et dépose sur la table d'examen le corps inanimé d'un enfant à la boîte crânienne enfoncée. Il est probablement déjà décédé mais ne pouvant se résoudre à affronter la douleur des parents, elle entreprend un massage cardiaque jusqu'à l'arrivée du SAMU. Finalement, la réanimation sera interrompue et l'enfant déclaré mort. Elle ressortira profondément bouleversée de cette tragique histoire ([8], p88-93).

Par ailleurs, l'existence de nouvelles thérapeutiques a parfois fait naître de nouvelles situations d'urgence. Si le Dr Borée déteste les rhinopharyngites, il adore se déplacer en urgence au domicile d'un patient pour un coma hypoglycémique. Il ne se lasse pas de voir le patient revenir rapidement à lui suite à une injection de sérum glucosé, sous les yeux ébahis de spectateurs ([3], p70-71).

Enfin, dans de nombreux cas, le médecin généraliste juge de l'urgence d'une situation et décide en conséquent d'adresser le patient à une structure plus appropriée comme c'est le cas avec la Dr Becquet. Un patient victime d'une pneumopathie est envoyé aux urgences s'il présente des signes de gravité clinique. En cas d'urgences chirurgicales il convient aussi d'adresser le patient à un service adéquat comme dans le cas d'une appendicite ([2], p117).

La gestion de l'urgence fait donc partie intégrante de l'exercice de la médecine générale. Depuis les années quarante, cet aspect de la profession a profondément évolué par le caractère des urgences mais surtout la gestion de ces dernières. Les médecins d'autrefois devaient prendre en charge des situations qui relèveraient aujourd'hui de l'hôpital ou d'une équipe

mobile. Dans leur récit, ils sont apparaissent très compétents et multiplient les gestes techniques. Avec le temps, la profession change et le médecin généraliste reste en première ligne pour détecter le caractère d'urgence mais s'efface dans la gestion de cette dernière au profit d'une équipe ou d'une structure plus adaptée.

2.5.4. Accouchement

L'accouchement est une situation médicale qui est souvent rencontrée au cours de nos lectures. Aujourd'hui en France, l'accouchement est pris en charge par des professionnels spécifiquement dédiés à cette pratique et dans la majorité des cas, au sein d'établissements médicalisés. Aussi, le choix de ce chapitre peut sembler incongru dans cette thématique. Néanmoins, lorsque nous parcourons les ouvrages des médecins généralistes nés au début du XX^e siècle, nous découvrons une situation bien différente qui justifie de s'attarder sur ce sujet.

Le médecin qui s'installait en milieu rural, il y a plus de soixante ans, pouvait être appelé au chevet d'une femme sur le point d'accoucher. À l'époque, on accouche chez soi, entouré de la famille. Le Dr Guiheneuf se souvient du premier accouchement pour lequel il est appelé lors d'un remplacement. Médusé, il découvre une maison vétuste aux carreaux cassés ne possédant pas l'électricité. Le mari de la parturiente allume les feux de sa voiture dans la cour pour illuminer la salle où la femme est étendue. Le jeune docteur ne se sent pas d'accoucher la patiente dans ces conditions et prétexte des complications pour transférer la parturiente à la maternité la plus proche. La femme sera finalement accouchée sans difficulté le lendemain par une sage-femme de l'établissement qui déclarera : « de nos jours, les jeunes médecins paniquent pour un rien ! » ([11], p13-14).

Pour son deuxième accouchement, le Dr Guiheneuf, jeune installé dans la campagne picarde, ne peut plus se défilier, il en va de sa réputation. La naissance se passe sans difficulté et il remet, soulagé, un petit garçon bien tonique dans les bras de sa mère. La délivrance effectuée, le jeune docteur trinque avec le père quand soudain, la femme appelle le médecin en déclarant : « je crois qu'il y en a un autre qui veut sortir ! ». Accablé par son erreur, le Dr Guiheneuf accueille ce deuxième bébé, qui sort sans difficulté, en pensant déjà que son erreur allait faire le tour du village. Contre toute attente, les parents, qui vivent déjà dans des conditions économiques difficiles avec leurs cinq enfants, pensent immédiatement que le bon docteur a souhaité les ménager d'une annonce de jumeaux, qui pouvait être prise comme une mauvaise nouvelle ([11], p14-17).

Le médecin rural est bien souvent isolé dans son exercice et l'annonce d'un accouchement n'est pas sans lui causer quelques émotions. Paul Perrève est ainsi appelé en pleine nuit pour une naissance imminente. Pour lui, « un accouchement, c'est le pire des pépins ». L'angoisse monte vite devant le caractère imprévisible qu'est la naissance. Il craint toujours que l'enfant ne passe pas naturellement ou que la patiente fasse une hémorragie cataclysmique ([15], p16-17).

Pour ce qui est de la gestion des complications pouvant survenir lors d'une naissance, le Dr Dufilho apparaît comme un médecin accoucheur expérimenté au travers de son récit. Dans sa vallée basque reculée, il est le premier recours en cas de complication. Un jour, il est appelé pour une patiente chez qui la délivrance n'arrive pas. Elle saigne abondamment et le médecin décide de pratiquer au plus vite une délivrance manuelle. La patiente est endormie par une anesthésie courte au masque et après s'être désinfecté les mains à l'alcool, il remonte le cordon ombilical jusque dans la cavité utérine où il décolle en douceur le placenta. S'ensuit une piqure hémostatique suivit d'un massage de l'utérus pour assurer une bonne rétraction musculaire ([6], p44-45). Une autre fois, il suit deux accouchements en simultanée séparés de quelques kilomètres. Il alterne les visites aux deux domiciles pour suivre l'avancée du travail de chaque patiente. Finalement, devant une présentation transverse, il décide d'extraire un premier bébé manuellement après avoir endormi la patiente. À peine le temps de féliciter les parents qu'il se précipite au chevet de la deuxième patiente. Le travail a bien avancé mais devant une expulsion qui s'avère impossible, le médecin décide d'intervenir. Il explique calmement à la patiente, épuisée par les douleurs, qu'il va prendre le relais. Il endort la future mère et pose des forceps sur le crâne du bébé pour l'extraire en douceur. L'enfant crie aussitôt et est rapidement déposé sur la patiente qui reprend déjà ses esprits ([6], p65-66). Dans son ouvrage, le Dr Dufilho se souvient d'une femme enceinte très fatiguée par les travaux de la maison et de la terre. Elle avait fait une albuminurie massive avec hypertension artérielle mais refusait de se reposer. Il est appelé après l'accouchement car la patiente est victime de crises convulsives. Il découvre une malade anurique, œdématisée et hypertendue. Lors de son examen clinique, la patiente perd connaissance et convulse. Aussitôt, le Dr Dufilho effectue une saignée pour traiter la crise d'éclampsie et injecte un anticonvulsivant ([6], p68-69). À la lecture de ses aventures, on ne peut que reconnaître le savoir-faire de ce médecin qui accouchait des patientes souvent multipares. Les grossesses multiples et rapprochées rendaient le muscle utérin inefficace et il n'était pas rare de devoir terminer la dilatation du col sous

anesthésie générale. La pose de forceps était alors irréalisable, compte tenu de la position haute de la tête de l'enfant, et le médecin devait effectuer une version ([6], p190).

De son côté, le Dr Vielledent n'est pas en reste. Il s'installe dans un petit village entre le Cantal et la Lozère en 1968. Il est alors tout à fait inexpérimenté sur le plan obstétrical. Son prédécesseur, le Dr Simon, a fait ouvrir une maternité dans le village gérée par les médecins généralistes des environs. Pour la prise en charge de son premier accouchement, il prie en silence le Seigneur afin que les choses se passent sans encombre. À l'époque, il ne dispose que de son rudimentaire stéthoscope obstétrical pour surveiller l'état de santé du bébé à naître. Heureusement, tout se passera le plus naturellement possible. Au cours des dix années qui vont suivre, il mettra au monde près de mille nourrissons et sera une seule fois confronté à la vision d'un corps bleui et inerte ([20], p38). Sans monitoring ni échographie, il ne pouvait hélas prévoir l'étranglement par le cordon ombilical de l'enfant dans le ventre de sa mère. Pour Georges Vieilledent, cette maternité devient de plus en plus difficile à gérer. Il manque de moyens techniques et humains. Lorsque l'accouchement s'annonce trop périlleux, il faut transférer la patiente à l'hôpital du Puy situé à quarante-cinq minutes en voiture au mieux. En 1981, malgré de vives oppositions locales, sa première résolution en tant que maire est de fermer cette maternité jugeant que les conditions de suivi et d'accouchement étaient devenues trop dangereuses ([20], p160-161).

De son côté, le Dr Sanlaville pratiqua aussi des accouchements. Toutefois il estime avoir surtout exercé l'obstétrique au domicile des patientes pendant les premières années de son installation, en 1952. Par la suite, les femmes préférèrent accoucher en milieu spécialisé, ce qui n'était pas pour lui déplaire ([17], p30). Il se souvient d'une situation particulièrement grave où l'accouchée était victime d'une hémorragie du fait d'une inertie utérine. Appelé en urgence par la sage-femme, le Dr Sanlaville évacua un énorme caillot utérin puis s'appliqua à comprimer l'abdomen pour limiter le saignement et sauver la vie de sa patiente, dont le mari refusait catégoriquement d'entendre parler de transfusion sanguine à l'hôpital ([17], p31-32).

Durant son exercice rural, le Dr Servin pratiqua aussi des accouchements. Dans son livre, il se remémore une naissance dans un contexte de misère profonde. Le mari de la patiente était ivre et bourru, l'habitation misérable. Le docteur décide de transférer la patiente à la maternité dans l'idée de lui faire bénéficier d'un environnement sanitaire plus propice mais l'homme est buté et refuse d'entendre parler d'hôpital. Le médecin sera contraint d'accoucher la

malheureuse dans le froid de cette habitation vétuste, sans eau ni linge propre pour accueillir le nouveau-né ([18], p25-31).

Pour d'autres auteurs, les accouchements ne seront pas courants durant leur exercice. Ainsi, le Dr Farisy se remémore deux naissances inopinées dans son cabinet. Pour la première, le couple se rendait à la maternité mais devant l'imminence de l'accouchement, le mari décida de s'arrêter en chemin dans le premier cabinet médical. À peine le temps d'installer la patiente que le bébé sortait. Aussitôt le médecin l'enveloppa dans un torchon et le déposa sur la table à manger, décidé à retourner rapidement auprès de la patiente. Ce soir-là, il avait invité quelques amis qui s'occupèrent du nouveau-né. La deuxième fois, c'est une ambulance transportant une femme enceinte pour la maternité qui stoppe devant le cabinet. Le Dr Farisy procède à l'accouchement, ou plutôt accueille l'enfant bien pressé de sortir, puis la petite famille reprend la route de la maternité ([7], p131-133).

Le Dr Van Eslande fit aussi l'expérience d'un accouchement dit inopiné lors d'un stage aux urgences couplé à des sorties SAMU. Il se retrouve appelé pour une naissance imminente dans un immeuble. L'étudiant n'en mène pas large. Le seul accouchement qu'il ait déjà pratiqué était en maternité, sous la houlette d'une sage-femme. Finalement tout se passera sans problème et il ramènera à l'hôpital une mère et son enfant en parfaite santé ([19], p157).

Le Dr Franck qui retrace un peu l'évolution de la prise en charge de la douleur de la femme qui accouche. Avant l'avènement des techniques d'anesthésie, les douleurs de l'enfantement étaient inéluctables. Il existait bien quelques techniques très marginales pour tenter de soulager un peu les femmes, citons l'anesthésie « à la reine » qui se composait d'inhalation de chloroforme, inaugurée par la Reine Victoria, mais globalement, la souffrance était perçue comme un mal nécessaire. Le Dr Franck évoque alors l'apparition d'une méthode d'accouchement sans douleur venue de l'Union Soviétique dans les années cinquante. On parle de méthode psychoprophylactique. Les femmes étaient préparées en maternité spécialisée. La méthode se basait sur de nombreux cours où les patientes apprenaient des méthodes de relaxation et de respiration. La physiologie de l'accouchement leur était enseignée et cette approche permettait de les débarrasser des peurs ancestrales. Dans sept cas sur dix, la femme souffrait peu ou pas. La méthode va peu à peu se démocratiser en France mais finalement, son usage reculera devant l'avancée que représentera l'anesthésie par injection péridurale et dont la mise en œuvre est plus rapide et plus aisée ([9], p103-107).

Au travers de ces lectures, nous découvrons que la plupart des auteurs nés au début du XX^e siècle ont pratiqué des accouchements. Certains de manière routinière, d'autres plus rarement, probablement selon la proximité d'une maternité et de l'investissement des médecins généralistes au sein de ces structures. Il est à noter que les auteurs nés durant la seconde moitié du XX^e siècle évoquent peu cet acte médical et quand ils le font, les faits prennent place durant leurs études de médecine. Jaddo relate l'histoire d'une adolescente de seize ans qui consulte aux urgences gynécologiques où elle effectue son stage. Lors de l'examen clinique, Jaddo se rend compte que la patiente est sur le point d'accoucher. Elle appelle alors les sages-femmes de garde pour prendre en charge la patiente ([12], p61-63). Fluorette aussi a effectué un stage dans un service de gynécologie et d'obstétrique mais ne goûte pas spécialement les accouchements qui font aujourd'hui partie du monde hospitalier ([8], p57).

À travers ces récits, nous pouvons constater que cet aspect de l'exercice de la médecine générale a donc beaucoup évolué au cours du siècle passé. Nous sommes passés du médecin de campagne accoucheur expérimenté au médecin généraliste qui n'a d'expérience des naissances que celles vues à l'hôpital au cours de son cursus. Aujourd'hui, l'obstétrique ne fait plus partie des compétences requises d'un médecin généraliste français.

2.5.5. Coordination et recours aux médecins spécialistes et à l'hospitalisation

Comme nous avons pu le voir dans le chapitre sur les études de médecine et celui sur le médecin traitant, le siècle dernier est aussi celui de l'essor des spécialités médicales. Ce chapitre n'a pas vocation à les énumérer mais plutôt de développer le rapport entre le médecin généraliste et les spécialistes, toujours, par le spectre de nos lectures.

Comme nous l'avons déjà abordé, selon le Dr Franck, le généraliste « ne sait peut-être pas grand-chose (encore que), mais il le sait sur à peu près tout ». De plus, il est disponible rapidement et est économique. Le spécialiste « sait tout sur un sujet étendu, certes, mais limité et, dans la meilleure des éventualités, il a quelques lueurs sur le reste ». Il est donc irremplaçable dans les situations pointues ([9], p10). Pour l'auteur, les deux types de médecine sont donc complémentaires, elles ont besoin de l'autre pour exister.

Dans le cas du Dr Dufilho, le recours au spécialiste était rare du fait de l'époque mais aussi de l'isolement géographique de sa vallée. Dans son livre, il se souvient d'un jeune homme atteint d'épanchements diffus pour lequel il organisa une visite à domicile accompagné d'un professeur de Bordeaux. Ce dernier avait été son mentor pendant sa formation et le Dr Dufilho

savait qu'il lui arrivait de venir dans la région pour visiter de la famille. L'auteur relate le chemin parcouru à deux dans un wagonnet bien commode pour descendre dans le ravin où habitait le malade, mais pas le diagnostic ni la prise en charge sur lesquels ils se mirent d'accord après la visite ([6], p52-53).

Au début de l'exercice libéral du Dr Sanlaville, en 1952, l'idée était d'avoir recours aux spécialistes, et notamment au chirurgien, le moins possible par crainte d'apparaître incompetent aux yeux des patients. Le médecin de campagne se devait d'utiliser au maximum ses compétences et il n'était pas rare pour le Dr Sanlaville de prendre en charge de nombreux traumatismes. Il savait réduire et immobiliser la plupart des fractures de membres et réalisait des actes de petite chirurgie. Il évitait ainsi à ses patients de se déplacer vers une ville ([17], p104-105).

Face à l'essor des spécialités, une nouvelle compétence s'ajoute au médecin généraliste, celle de s'entourer d'un réseau de spécialistes qualifiés. Pour le Dr Vieilledent, « garder la liste à jour, la renouveler, la consolider, va devenir un véritable sport ». Il essaye de savoir quel spécialiste et quel établissement sont les meilleurs pour telle pathologie avec la double difficulté de concilier la qualité d'efficacité à celle de l'écoute du patient par le spécialiste ([20], p194-195). Le Dr Delfieu le rejoint sur la nécessité de s'entourer de correspondants fiables. Pour lui, « c'est la condition *sine qua none* de la réussite d'un cabinet médical » ([5], p38). Toutefois, il faut rappeler que Dominique Delfieu exerçait dans la capitale et ne manquait pas de spécialistes autour de lui.

Dans ce contexte de multiplication des spécialités certains patients se passent d'un médecin généraliste en premier recours et consulte directement les spécialistes. Christian Lehmann écrit ainsi l'histoire d'un réalisateur italien qui réalisa un film de ses déboires médicaux. Le patient de quarante ans est victime d'un prurit important. Il décide de consulter un premier dermatologue qui évoque une allergie. Devant la persistance du symptôme, il consulte un deuxième dermatologue qui lui prescrit des analyses sanguines et change de traitement topique. Malheureusement, les démangeaisons continuent. Le réalisateur va ainsi continuer à consulter plusieurs autres dermatologues et un allergologue. Il va évidemment changer de traitement à chaque fois sans succès. Déçu par la médecine allopathique il se tourne vers la médecine chinoise et tente l'acupuncture. Il va de plus en plus mal, sue abondamment, maigrit. Lors d'une deuxième séance, le thérapeute constate que le patient tousse et lui conseille de faire une radiographie thoracique. Tout s'enchaîne ensuite, la radiographie révèle

une masse thoracique et le diagnostic de lymphome de Hodgkin tombe. Le patient est opéré et subit une chimiothérapie. Il est déclaré guéri. Son film se termine en blâmant les médecins pour leur manque d'écoute. Mais l'analyse du Dr Lehmann est différente. Pour lui, cette triste histoire est surtout le résultat d'un manque de confiance entre le patient et son thérapeute. Le malade ne retourne jamais voir le même médecin deux fois, il ne s'établit donc pas une relation de confiance qui permet d'approfondir l'interrogatoire, l'examen clinique et de prescrire éventuellement des examens complémentaires. Finalement, la seule fois où il retourne consulter la même personne, le thérapeute de médecine chinoise, le suivi permet d'enclencher la machinerie du diagnostic ([14], p153-160). Ce récit souligne l'importance d'un médecin qui coordonne et revoit le patient, ce qui constitue l'essence du médecin traitant.

Récemment, le recours au médecin spécialiste se fait par l'intermédiaire du médecin traitant, à part quelques exceptions (gynécologue, ophtalmologue, psychiatre entre 16 et 25 ans, stomatologue si le patient a déclaré un médecin traitant). Les patients sont donc obligés de passer par leur médecin généraliste et il est dans la pratique quotidienne devoir rédiger un courrier pour un confrère spécialiste lors d'une consultation, sésame nécessaire pour que le malade reste dans le parcours de soin remboursé. Cela donne parfois le sentiment au Dr Becquet d'être devenue un « agent de circulation » qui délivre des laissez-passer ([2], p 41).

D'ailleurs, il n'est pas rare de voir des patients déclarer d'emblée vouloir voir un spécialiste, comme c'est le cas pour Fluorette avec un jeune homme qui s'est fait une entorse du genou ([8], p77-79). Elle passe ensuite le reste de la consultation à lui expliquer qu'il n'est pas nécessaire, en premier recours d'aller voir un chirurgien orthopédiste, ce que le patient finira par entendre.

Nous allons poursuivre avec le recours à l'hospitalisation et donc aux médecins hospitaliers, spécialistes ou non, pour nos médecins généralistes du corpus.

Dans les années quarante, lorsque le Dr Dufilho évoquait la nécessité d'hospitaliser le patient, il ne manquait pas de susciter une véritable « terreur » ([6], p161). Il était alors très difficile de convaincre la famille et le patient de descendre ce dernier à la clinique de la vallée et de faire appel au chirurgien. Bien souvent, André Dufilho devait lui-même organiser le transport du malade qui finissait généralement dans sa voiture, étant une des rares personnes véhiculées dans les environs ([6], p155). Situation similaire avec les patients du Dr Vielledent. Quand il est question de l'hôpital, les visages pâlisent. Dans l'imaginaire de ses patients, c'est

synonyme de très grave, voir peut être d'irréversible. De plus dans cette population paysanne, on s'inquiète de savoir qui va faire le travail en cas d'absence, qui va s'occuper des bêtes ([20], p 76). Alors souvent, la proposition est accueillie par un refus obstiné. Le Dr Sanlaville est confronté à la même difficulté, surtout de la part des patients âgés qui craignent de mourir loin de chez eux ([17], p103). Dans le cas du Dr Averlant, lorsqu'il évoque la nécessité d'une hospitalisation en cardiologie pour une patiente chez qui il suspecte une intoxication aux digitaliques, il s'attire la réponse suivante : « pourquoi vous ne m'aimez plus ? ». Par cette question, la patiente fait entendre qu'elle prend cette proposition comme un rejet de la part de son généraliste ([1], p141-142).

Néanmoins, Paul Sanlaville insiste parfois quand il juge que le patient peut être sauvé. Il décrit ainsi le cas d'une femme âgée de soixante-dix ans victime d'une probable péritonite d'origine vésiculaire. La famille ne veut pas entendre parler d'hospitalisation. Le ton monte rapidement, mais le médecin ne lâche pas, malgré les intimidations du gendre. Le docteur finit par arracher un consentement assortis de menaces à peine voilées en cas d'erreur de sa part. La malade est transportée à l'hôpital de Chalon. Le chirurgien souhaite l'opérer le lendemain après avoir refroidi l'inflammation par un traitement antibiotique et une vessie de glace. Le Dr Sanlaville va alors insister auprès de son confrère pour qu'il opère la malade sans délai. Le spécialiste va finalement se ranger à l'avis du généraliste et découvrira durant l'intervention qu'un gros calcul avait perforé la paroi vésiculaire ([17], p106-109).

À une époque plus contemporaine, en parcourant le *Journal d'un médecin généraliste* du Dr Becquet, nous notons que le médecin traitant a recours à l'hospitalisation aussi en cas d'urgence. Elle adresse par exemple aux urgences une patiente qui présente une pneumopathie ([2], p117), plus loin dans son récit, c'est au tour d'un bébé de cinq mois, victime d'une bronchiolite, d'être adressé à l'hôpital le plus proche ([2], p240).

Mais l'hôpital est aussi devenu le recours en cas de fin de vie difficile. Jean Van Eslande remarque ainsi que « l'on meurt de plus en plus à l'hôpital ». Il constate que les trois derniers patients qui sont décédés dans sa patientèle, se sont éteints en établissement médicalisé ([19], p112). Fluorette a été interne dans un service de gériatrie. Elle se souvient d'un patient en fin de vie qui pourtant ne semblait pas pressé de partir. Petit à petit, elle décide d'arrêter les examens douloureux et se contente de venir lui parler et lui tenir la main chaque matin, jusqu'à son décès ([8], p48-50). Plus tard, devenue médecin généraliste, elle suit une patiente en soins palliatifs à domicile. Devant son souhait de rester à la maison, Fluorette tente tout son

possible pour le respecter mais elle manque de moyens techniques et humains. L'état de santé de la patiente s'aggrave, sa dyspnée empire et sa saturation chute. Finalement, elle adresse la patiente à l'hôpital, avec son consentement, afin de la soulager au mieux ([8], p118-120).

En écho au chapitre sur les relations entre confrères, les relations entre les médecins généralistes du corpus et les spécialistes sont parfois délicates.

Dans son livre, *Patients, si vous saviez... Confessions d'un médecin généraliste*, Christian Lehmann déplore l'image du médecin généraliste de seconde zone. Pour lui, suite à la mise en place des spécialités via le concours de l'internat, les généralistes peuvent passer pour des « sélectionnés par l'échec » dans l'esprit de certains confrères spécialistes ([14], p163). Bien que la médecine générale soit maintenant reconnue comme une spécialité, elle reste dans l'esprit d'une majorité comme une voie par défaut. Jaddo relate ainsi des bribes de conversations où ses interlocuteurs s'inquiètent de savoir ce qu'elle aurait aimé faire comme spécialité si elle avait pu, ou encore leur déception quand ils apprennent qu'elle est « juste médecin généraliste » ([12], p77-79). Ces deux auteurs relatent un manque de considération et de reconnaissance de leur profession.

Fluorette écrit ainsi un chapitre sous forme de lettre adressée à un confrère urgentiste fictif. Elle y déplore le manque total de connaissance des urgentistes du travail des médecins généralistes libéraux qui peut entraîner des situations de mésentente. À contrario, les jeunes généralistes sont tous passés par les urgences pendant leur cursus universitaire et connaissent les difficultés rencontrées dans ces services.

Dans un autre registre, le Dr Guiheneuf narre l'unique fois où il appela le 15 pour une patiente victime d'une hémorragie après son accouchement. Le médecin régulateur hospitalier semble hautain et l'informe que l'équipe du SAMU est sortie pour un patient qui a simplement de la fièvre, car son généraliste ne voulait pas se déplacer. Révolté par la situation et craignant pour la vie de sa patiente, il insiste mais c'est peine perdue. Il entendra à ce moment-là son interlocuteur faire un aparté à ses collègues : « eh les gars, il y a encore un médecin généraliste qui pédale dans la choucroute, quelqu'un peut-il l'aider ? ». Bien amère, le Dr Guiheneuf finit par faire transporter sa patiente de la maternité à l'hôpital le plus proche avec la peur qu'elle pâtisse de cette perte de temps dans la prise en charge ([11], p281-284). L'histoire se termine heureusement pour le mieux et la femme se remet des complications de son accouchement.

De manière plus générale, le Dr Borée regrette le manque de communication entre le médecin généraliste et l'hôpital. Il se souvient ainsi du cas d'une patiente chez qui il avait réussi à diminuer les benzodiazépines après une longue période de décroissance. La voilà hospitalisée pour des douleurs abdominales sur une constipation. Elle rentrera à son domicile avec la dose d'anxiolytique quadruplée sans que personne n'ait pensé à contacter le médecin traitant pour s'enquérir de son état habituel et l'historique des derniers mois ([3], p60-61). Plus loin dans son livre, à l'image de Fluorette, il s'adresse à son confrère hospitalier imaginaire, lui reprochant de ne jamais être disponible pour un avis téléphonique avec pour excuse d'être en consultation, en staff, en visite, en train de manger et déplore de ne pas souvent être rappelé. Il explique que si un médecin généraliste cherche à le joindre et insiste, c'est qu'il est en difficulté avec un patient parfois présent devant lui et souvent commun au spécialiste. Il entend qu'il n'est jamais agréable de se faire déranger pendant qu'on est occupé mais il est important de rester disponible pour des avis dans l'intérêt des patients ([3], p144-145). Jaddo rejoint l'avis de ses confrères du corpus. Dans un chapitre elle décrit plusieurs anecdotes où elle revoit des patients après leur passage aux urgences sans courrier. Elle perd du temps à débrouiller l'histoire de la maladie, les probables examens complémentaires entrepris. Quand elle arrive à joindre un médecin des urgences, ce n'est généralement pas celui qui a reçu le patient, et il répond de mauvaise grâce. Elle goûte peu ce genre de situation et regrette que les patients puissent quitter les urgences sans un petit courrier à l'intention du médecin traitant ([12], p235-238).

Au travers des illustrations extraites des ouvrages de notre corpus, nous avons pu explorer différentes situations où le médecin généraliste a recours au spécialiste et à l'hospitalisation. Les usages ont évolué en cinquante ans. Les médecins généralistes nés au début du XX^e siècle avaient un champ de compétences particulièrement étendu et recourraient peu aux spécialistes. L'hospitalisation était rare et la symbolique terrifiante pour les patients. Peu à peu, l'essor des spécialités s'est accompagné d'un recours plus important aux avis de ces derniers, avec parfois, la possibilité de se soigner sans passer par un médecin traitant avec les inconvénients qui peuvent en découler. Avec nos médecins contemporains, nous découvrons une situation différente où le généraliste endosse le rôle de coordinateur et oriente les patients selon leur pathologie. Enfin les relations entre les généralistes du corpus et leurs confrères spécialistes, hospitaliers ou non, sont parfois difficiles. Les premiers peuvent souffrir d'un manque de reconnaissance et de considération de leur exercice. De plus, certains spécialistes ne sont pas au fait des spécificités et des difficultés de l'exercice libéral de la médecine générale. Il

découle de ce constat de nombreuses situations de mésentente que le manque de communication n'améliore pas.

2.5.6. Prévention

Par prévention, on entend une action qui vise à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. La définition de l'Organisation mondiale de la Santé, dit OMS, distingue la prévention primaire, avant l'apparition de la maladie comme par exemple la vaccination, de la prévention secondaire qui consiste à la repérer au stade précoce par un dépistage. Enfin la prévention tertiaire vise à prévenir la survenue de complications ou de récurrences [30]. Certains auteurs de notre corpus ont évoqué leur participation à des campagnes de prévention. En voici les exemples les plus pertinents.

Commençons avec le Dr Delfieu. Selon lui, « il est clair que le dépistage doit entrer dans le champ de performance du médecin généraliste ». Il profite ainsi d'une consultation de renouvellement de pilule pour aborder la question du dépistage du cancer du col de l'utérus avec une de ses patientes âgée de trente ans. Il lui rappelle les modalités de l'investigation et en consultant son dossier, se rend compte que le délai est largement passé. Il la convainc alors de faire un frottis cervico-vaginal dans la foulée de la conversation ([5], p78-80). Plus loin dans son ouvrage, il s'interroge sur le bienfondé du dépistage génétique. Ayant exercé dans un centre de sénologie avant de s'installer en libéral, il est particulièrement compétent pour suivre des patientes atteintes de cancer du sein. Un jour, une patiente se présente au cabinet et avoue avoir très peur de contracter cette maladie car sa mère a eu une tumeur mammaire maligne et quasiment toutes les femmes de sa famille ont été atteintes de cette affection. Elle veut être fixée et souhaite faire un dépistage génétique. Le Dr Delfieu va alors prendre le temps de lui expliquer les tenants et les aboutissants de sa demande. Tout d'abord, cela devrait être à sa mère d'en faire la requête car c'est elle la patiente. Selon les résultats, si elle bien porteuse d'une mutation génétique familiale, alors sa fille pourra faire le test. Si elle est à son tour positive, le médecin lui annonce un risque de faire un cancer du sein ou de l'ovaire entre trente à soixante-dix pourcent avant soixante-dix ans mais sans pouvoir prédire quel organe et quel côté. Que fera-elle alors ? Une ablation préventive bilatérale des seins et ovaires ? Dans tous les cas il existe toujours un degré d'incertitude difficile à gérer ([5], p178-182). Par cette histoire, le Dr Delfieu nous rappelle qu'il faut toujours peser les avantages et les risques car même une démarche de dépistage n'est pas sans conséquence délétère.

Abordons maintenant les campagnes de vaccination. Dans son ouvrage, *Et vous, docteur, ça va ? Parcours d'un médecin généraliste*, Jean Van Eslande fait le point sur quelques maladies de mauvaise réputation avant l'avènement de la vaccination. Ayant travaillé plusieurs années en Afrique, il se souvient avec émotion des épidémies de rougeole. Cette maladie inspirait la même crainte que la méningite dans les écoles françaises et chaque jour, en période épidémique, voyait son lot de décès. Son fils contracta d'ailleurs le virus à ses quatre mois, au Cameroun, et ne fut pas sans causer une grande inquiétude à ses parents ([19], p216-217). Il se remémore une douzaine de patients africains qu'il vit mourir du tétanos. Parmi eux, plusieurs nouveau-nés. L'infection était parfois nommée « maladie du baptême » car il était classique que le nourrisson soit victime des premières contractures lors de ce sacrement qui se déroulait habituellement au huitième jour de vie ([19], p219-220). Enfin, il se souvient de deux enfants du voyage atteints de poliomyélite dans les années soixante-dix en France, l'un deux garda des séquelles neurologiques sérieuses ([19], p221-222).

De son côté, au début de ses remplacements dans les années cinquante, le Dr Guiheneuf se souvient de la panique occasionnée par une suspicion de variole en Bretagne. Il fut bientôt assailli de patients craignant le terrible virus, qui rappelons le, fut éradiqué à l'échelle mondiale en 1980, selon l'OMS [31]. Au plan national, le gouvernement organisa une campagne de vaccination. Le médecin se rappelle parfaitement avoir vu arriver dans une grande salle de la mairie tous les habitants de la commune. Il prodigua alors des vaccins « à la chaîne, comme à l'armée » ([11], p126-128).

Paul Perrève appréciait les séances de vaccination collective infantile qui avaient le don de rompre la monotonie des consultations et des visites effectuées jour et nuit. Son ami le curé lui faisait une bonne presse lors de l'office du dimanche. Les mères et leurs enfants se retrouvaient nombreux la semaine suivante dans une salle de la cure. Le docteur distribuait ses « sucres imbibés de vaccin antipolio à la cadence des communions le jour de Pâques » ([15], p209-210). Il était aussi organisé des consultations de nourrissons. Cependant, elles ressemblaient plus à un simulacre de concours du plus beau bébé qu'à une véritable campagne préventive, et les enfants chétifs et mal portants n'étaient pas exhibés par leur mère ([15], p211).

En Haute Loire dans les années soixante, Georges Vieilledent combat la tuberculose sur tous les fronts. Il essaye de convaincre les parents de vacciner leur enfant par le vaccin bilié de Calmette et Guérin, dit BCG, mais il se heurte souvent à une méfiance voir une opposition.

Alors le docteur ruse, il propose d'abord le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, dit DTP, mieux accepté. Quand les parents reviennent pour l'injection, il leur glisse ceci : « et puis, la prochaine fois, je lui ferais le BCG au petit. C'est très important, mais bon, vous le savez... » ([20], p42).

Quand le Dr Borée évoque son exercice rural, plus contemporain de notre époque, on retrouve cette défiance vis-à-vis des vaccins. Parmi sa patientèle, il compte plusieurs parents suspicieux qui refusent certaines vaccinations. Un matin, un couple amène leur fils fiévreux, les yeux rouges, un tableau d'angine. Le lendemain, ils rappellent le docteur, le petit fait une belle éruption de plaques rouges. À l'examen, il retrouve le signe de Koplik, signe pathognomonique de rougeole ([3], p56-58). Il est le premier étonné de diagnostiquer une maladie qu'il ne pensait jamais rencontrer. Une autre fois, le Dr Borée se met en colère face à des parents qui refusent toutes vaccinations pour leur enfant et convient avec eux de changer de médecin traitant ([5], p37-39).

Dans un autre registre, Borée évoque ses patients modèles réceptifs à l'éducation thérapeutique. Etendons par là le fait de donner au patient les clés pour comprendre sa pathologie et gérer au mieux le retentissement des symptômes, ses traitements, tout en prévenant les complications. Le but étant de maintenir voir d'améliorer la qualité de vie, comme nous le rappelle la Haute Autorité de Santé [32]. Il partage ainsi le cas d'Henri, patient hypertendu et diabétique de longue date avec une tendance à abuser du vin à table. Son bilan hépatique est perturbé et le Dr Borée lui explique le lien avec sa consommation d'alcool. Trois mois après, le patient annonce fièrement avoir diminué le vin à table. Plus tard, le voilà en pleine poussée d'insuffisance cardiaque avec de volumineux œdèmes et une vilaine dyspnée qui conduisent le patient à l'hôpital. À sa sortie, le Dr Borée lui explique la nécessité de diminuer le sel et de surveiller son poids hebdomadairement. Le bon patient supprime le sel de son alimentation et achète une balance. Un peu alarmé par tant de rigueur, le médecin lui dit qu'il peut tout de même se permettre quelques écarts ([3], p190-192). Évidemment, cette attitude est loin d'être universelle dans la patientèle du jeune docteur. Dans un autre chapitre, il évoque avec une certaine affection « ses cancrs ». Souvent des hommes bien portants, hypertendus, diabétiques, sédentaires et parfois fumeurs. Ils veulent bien prendre quelques médicaments mais pas toujours, faire quelques efforts mais pas trop ([3], p20-22). Le Dr Borée a bien essayé de leur expliquer les risques encourus, comment corriger leurs habitudes alimentaires mais cela semble peine perdue.

De son côté, le Dr Sanlaville est bien embêté. Il est connu dans son pays pour bien tenir la table lors des banquets, pour ne pas être le dernier à trinquer lors des événements communaux et surtout il fume ostensiblement la pipe devant ses patients. Lorsqu'il prodigue des conseils de modération, certains ne manquent pas de lui rappeler ses travers. Il décide un jour d'arrêter de fumer et de privilégier le vin de qualité à la quantité. Dès lors, son sens du goût s'en trouva affiné, ce qui ne l'aida pas particulièrement à réfréner les plaisirs de la table. Par contre, il gagna en crédibilité auprès de ses patients ([17], p229-231). Jaddo n'est pas en reste. Dans le rôle du médecin qui explique les règles hygiéno-diététiques à un patient de cinquante ans, elle ne se sent pas spécialement légitime. Inciter et accompagner les patients dans le sevrage tabagique ne rencontre pas beaucoup plus de succès. Elle reconnaît volontiers que c'est certainement lié au fait qu'elle fume, qu'elle boit trop, qu'elle se nourrit mal et qu'en guise d'unique activité sportive, elle passe une dizaine d'heures hebdomadaires à jouer à un jeu vidéo en ligne ([12], p171-174).

Ces extraits illustrent bien la diversité d'actions de prévention que le médecin généraliste peut effectuer auprès de ses patients. Que ce soit par le biais du dépistage, de la vaccination ou de l'éducation thérapeutique, le médecin tient un rôle important pour aider le patient à maintenir ou améliorer sa qualité de vie. Cependant, nous avons aussi vu qu'il peut être confronté à de nombreuses difficultés que ce soit ses propres limites comme une opposition de la part du patient.

2.6. Cadre légal

Dans cette partie, nous aborderons certains aspects de l'exercice de la médecine générale qui peuvent rentrer dans un domaine médico-légal. Encore une fois, il s'agit de relater des situations auxquelles la plupart des médecins généralistes du corpus ont été ou sont confrontés.

2.6.1. Le secret médical

Nous avons déjà abordé cette notion en début de travail en expliquant le respect du secret médical dans le travail d'écriture des médecins de notre corpus. La majorité d'entre eux avait décidé de changer les noms, les dates et les lieux afin de brouiller les pistes. Ils ne gardaient que l'essence de l'anecdote à savoir la situation médicale, les réactions des patients et les leurs. Attardons-nous maintenant à détailler quelques récits de situations où ils ont été

confrontés à la question du secret médical dans leur pratique professionnelle et non pendant l'écriture de leur récit.

Pour illustrer la nécessité du secret médical entre le médecin et son patient nous citerons le Dr Sanlaville. Il compare l'échange entre les deux protagonistes à une véritable confession. Le médecin rentre dans l'intimité du patient tant sur le plan médical que personnel. Le secret médical représente alors une condition essentielle pour que le patient puisse se livrer au médecin dans sa globalité et ce en toute confiance car son interlocuteur est tenu au silence ([17], p228).

Cette application au quotidien du respect du secret nécessite quelques aménagements et le Dr Dufilho l'a bien compris. Dans sa vallée basque, tout le monde se connaît. Ainsi, il aménage dans son cabinet, une pièce attenante à la salle de consultation qui permet aux patients de sortir directement sur la route sans repasser devant la salle d'attente. Il souhaite ainsi que les personnes bouleversées par l'annonce d'une maladie grave ne soient pas assaillies de questions par ceux qui patientent en salle d'attente ([6], p23-24).

Le Dr Vieilledent s'annonce « très chatouilleux sur la question du secret médical » ([20], p74). Ce qui s'échange entre le médecin et son patient reste entre eux. Il étend cette vigilance à toutes les personnes qui travaillent avec lui notamment la femme qui s'occupe de sa maison, puis plus tard sa secrétaire.

Être médecin généraliste d'une même famille pose parfois le problème de maintenir le secret médical entre les membres d'un même foyer. La Dr Becquet se souvient d'un patient en particulier. Il consultait dans le cadre de son traitement antihypertenseur. À la fin de l'entretien, il demande un peu gêné au docteur si sa fille est encore vierge, ce à quoi le médecin répond, mal à l'aise et prise au dépourvu, qu'elle ignore la réponse ([2], p79). Le Dr Guiheneuf suivait deux époux qui vivaient séparés depuis des lustres. À chaque visite, ils demandaient invariablement des nouvelles de la santé de leur conjoint, ce à quoi le médecin répondait par un silence, soucieux de respecter le secret médical. Il apprendra plus tard que ses deux patients attendaient le décès de l'autre pour hériter de la totalité des biens du ménage ([11], p159-162).

Le Dr Vieilledent a toujours eu à cœur de protéger ses patients du mieux qu'il pouvait. S'il est tenu au secret médical, il sait combien il est difficile de cacher certaines histoires dans un petit village. Un jour, il est appelé en urgence par la mère d'une jeune fille de dix-sept ans qui se

plaint de douleurs abdominales. À son arrivée, il découvre que la patiente est enceinte et qu'elle est en proie aux premières contractions du travail. Rapidement, il évalue la situation. La pauvre enfant a caché sa grossesse à ses parents, qui restent médusés par l'annonce du diagnostic. Dans une campagne conservatrice où les filles-mères sont encore très mal vues, il décide d'appeler une ambulance pour la transporter à l'hôpital du Puy où elle bénéficiera d'un relatif anonymat, plutôt que de la conduire à la maternité de Saugues. Malheureusement, les efforts du médecin sont vains et rapidement la nouvelle se répand, ne manquant pas de scandaliser une partie des habitants ([20], p115-116).

Parfois, le secret médical entraîne une charge lourde à porter pour le médecin. Contraint au silence, il se retrouve dépositaire de secrets difficiles à entendre et sa solitude peut être grande. La Dr Becquet est révoltée d'apprendre qu'un père bat son fils. Elle produit un certificat descriptif de coups et blessures à la demande de la mère. En proie à la plus grande émotion, elle finira par se confier à l'infirmière libérale de son village, soumise aussi au secret médical ([2], p194). Un autre jour, de garde, elle visite une patiente qui lui avoue que son fils et sa fille ont des relations sexuelles ensemble. Elle ressort ébranlée de cette confession. Cherchant une oreille compatissante, elle décide d'appeler le médecin régulateur qui, indifférent, lui donnera le numéro des urgences psychiatriques pour praticien ([2], p33).

Enfin, il faut nuancer le tableau. À une époque plus ancienne, la notion de secret médical était moins pointilleuse. Rappelons que le Dr Dufilho ne parlait pas la langue basque et avait parfois recours à l'aide d'une traductrice ([6], p13). Par ailleurs, l'épouse qui travaillait avec son mari médecin était bien souvent dans la confidence. De plus, il n'était pas rare que le médecin généraliste de campagne ait recours aux compétences d'un chauffeur qui le véhiculait de visite en visite. Ainsi, le Dr Farisy, pendant son premier remplacement, eut la chance de bénéficier des services d'un homme d'expérience qui le menait dans la campagne et lui prodiguait des conseils avisés sur l'état de santé du patient à visiter, suggérant même un diagnostic ([7], p46-48). Le Dr Vieilledent, au cours de sa longue carrière, se résolut à engager un chauffeur. Les temps sont difficiles, le médecin est épuisé et sa voiture n'est pas facile à manœuvrer sur les routes de campagne pendant l'hiver. Il décide alors de recruter un jeune homme prénommé Julien qui deviendra son fidèle chauffeur durant la mauvaise saison. Ce dernier conduit prudemment et possède des compétences précieuses en mécanique. Il accompagne le médecin dans ses visites et est souvent invité à boire un verre dans la cuisine pendant que le docteur officie ([20], p81-91). Par ces quelques exemples, nous décrivons un temps où la notion de secret médical ne s'appliquait pas aussi strictement que de nos jours.

Ces histoires dépeignent différentes situations auxquelles le médecin généraliste peut être confronté et au cours desquelles il se doit de respecter le secret médical. Figure emblématique d'un village ou d'un quartier, le généraliste doit toujours faire preuve de vigilance afin de respecter cette obligation au sein de sa pratique. Néanmoins, nous avons vu que l'application de cette obligation n'était pas aussi stricte avec les médecins les plus anciens de notre corpus. Toutefois, les échanges avec les patients font pénétrer le soignant dans l'intimité de ces derniers. Il devient confident malgré lui et certains secrets sont plus difficiles à entendre que d'autres.

2.6.2. À propos de l'avortement et de la fin de vie

Dans le serment d'Hippocrate, traduit par Émile Littré au XIX^e siècle (annexe 1), il est mentionné que le médecin ne remettra pas de poison, même à la demande et ne donnera pas d'ovules abortifs aux femmes. Ce texte daterait du V ou IV^e siècle avant Jésus Christ. Par la suite, il est modifié plusieurs fois et aujourd'hui, la dernière version du serment médical ne contient plus ce passage. À la place, le médecin s'engage à soulager les souffrances, ne pas prolonger abusivement les agonies et ne jamais provoquer la mort délibérément comme nous l'explique le Dr Kizilian dans sa thèse sur les illustrations du serment d'Hippocrate dans la littérature française [33]. Dans leur pratique, les médecins du corpus sont parfois confrontés à des situations relevant de ce passage.

Jacques Franck écrit un véritable plaidoyer pour les femmes dans *La ballade du généraliste, un médecin au XX^e siècle*. Longtemps, « les deux piliers de la morale, la Religion et la Justice » leur interdisaient d'éviter une maternité non souhaitée tout comme d'y mettre fin. Les méthodes abortives utilisées étaient nombreuses : introduction d'une aiguille à tricoter ou d'une sonde semi-rigide, injections d'eau savonneuse etc. Les risques étaient majeurs : perforation utérine, hémorragie cataclysmique, péritonite, embolie gazeuse, salpingite suivie de stérilité et bien sûr, le décès. « Les malheureuses se soumettaient à ces manœuvres d'un autre âge en fin de semaine, comptant sur le jour du Seigneur pour se reposer » ([9], p97-98). Lorsqu'une complication survenait, le médecin était appelé au dernier moment, l'entourage craignant les suites d'un acte considéré comme criminel. Le Dr Franck dénonce une véritable hécatombe de jeunes filles qui périrent par ces pratiques.

Pour celles qui étaient hospitalisées des suites d'un avortement, le personnel soignant n'était pas toujours compatissant. Dr Guiheneuf se souvient que de nombreux praticiens hospitaliers refusaient de prescrire des calmants à ces femmes pour les punir de leur geste qu'ils jugeaient

répréhensible ([11], p314). Nous avons déjà cité le scandaleux spectacle auquel Charles Lanot assista quand un interne effectua un curetage utérin sans anesthésie sur une jeune prostituée qui s'était faite avorter et qui souffrait d'une hémorragie ([13], p18-23).

Pour les plus aisées, Dominique Delfieu décrit une époque où les parisiennes indisposées par une grossesse non désirée se rendaient en Angleterre ou en Hollande pour se faire avorter dans des meilleures conditions médicales et sanitaires. « Le train partait de la Gare du Nord à six heures trente le matin, bondé de ces jeunes femmes [...] Le convoi revenait le soir, avec les mêmes personnes exsangues et souffrant du ventre » ([5], p143).

Fort heureusement, les choses évoluèrent. En 1974, la loi qui dépénalise l'avortement est votée suite à la proposition de la ministre de la santé, Simone Veil. Le gouvernement souhaite en finir avec les avortements clandestins et leurs révoltantes conséquences et la loi rentre en vigueur l'année suivante [34]. Dès lors, le Dr Vieilledent, catholique pratiquant mais avant tout médecin, n'hésite pas à envoyer à l'hôpital du Puy les patientes demandeuses d'une interruption volontaire de grossesse. Il s'estime avant tout « médecin légaliste » ([20], p118). De son côté, le Dr Van Eslande s'est toujours rangé du côté des militants pro-avortements, et ce dès son internat. Il regrette l'attitude de certains de ces confrères qui refusaient de prescrire la pilule et plus tard, ceux qui refusaient un avortement à une patiente. Il se souvient de la lecture d'un courrier d'une gynécologue datant de 1977 dans lequel elle exprimait son refus d'interrompre une grossesse chez une patiente qui avait cessé la pilule parce qu'elle n'avait pas été capable de faire attention à son alimentation ([19], p132). Rappelons que les premières pilules contraceptives étaient fortement dosées et elles pouvaient notamment occasionner des prises de poids importantes qui pouvaient décourager les utilisatrices.

Abordons à présent la délicate question de la fin de vie. L'accompagnement d'un patient mourant fait partie de la pratique de la médecine générale. Le Dr Franck partage ses réflexions sur la mort dans son ouvrage. Il rappelle qu'au début de son exercice, il entendait certains confrères se targuer de ne jamais administrer un calmant à un patient qui pouvait nuire à leur santé. Pour le Dr Franck, « c'est au nom de cette stupidité doctrinale que l'on a laissé souffrir des générations de mourants incurables, chez qui la notion de santé était dépassée depuis longtemps » ([9], p46).

Heureusement, les mentalités peuvent évoluer. Les pratiques sont sans cesse remises en question et l'on place le bien être du patient au centre de la prise en charge. Le Dr Delfieu est coutumier des prises en charge palliatives du fait de son expérience dans un service

d'oncologie. Dans un passage de *Chroniques d'un médecin généraliste*, il explique l'escalade analgésique disponible pour soulager les patients sur le point de mourir. Dans sa pratique courante, il n'hésite pas à recourir aux morphiniques à domicile, assortis d'une sédation légère ([5], p126-127).

Le Dr Borée fait le récit d'une fin de vie dans un chapitre qu'il intitule « la bonne mort » ([3], p86). Il accompagne Pierrette, une patiente atteinte d'un cancer dont les forces déclinent rapidement. Elle est à domicile, entourée de sa famille et une infirmière passe régulièrement pour lui administrer des antalgiques. Son état s'aggrave, elle devient anurique. Le médecin prend alors le temps de discuter avec elle. Elle n'en peut plus, souffre et souhaite que la situation cesse. Le Dr Borée lui propose alors de la soulager avec des médicaments qui auront aussi comme effet de l'endormir. Elle accepte. La famille comprend. Le petit fils va à la pharmacie chercher le traitement. Une nouvelle perfusion est installée, Pierrette s'endort. L'infirmière assistera avec la famille au décès de la patiente, moment éprouvant pour tout le monde mais le passage se fera sans douleur ([3], p89).

Des fins de vie comme celle-ci sont de plus en plus rares. Pour Christian Lehmann, « la mort à domicile est une universelle aspiration » ([14], p60), mais elle a un coût humain très lourd. Elle implique un dévouement de la part de la famille, du médecin mais aussi du personnel para médical qui se déplace au domicile. Pour que tout se passe au mieux, cette prise en charge implique que chacun des intervenants se sente libre à tout moment de demander le secours des confrères hospitaliers lorsqu'il ne se sent plus d'assumer son rôle auprès du mourant.

Le Dr Delfieu souligne l'existence de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité. Il cite la loi Léonetti (annexe 10) qui condamne l'acharnement thérapeutique, rappelle la sauvegarde de la dignité du mourant et surtout, la nécessité de soulager la souffrance même si le traitement peut avoir pour effet secondaire d'abrégé la vie. Cependant pour lui, les textes de loi doivent être révisés. « Il devient urgent que la société [...] indique clairement ce que l'on peut faire, ce que l'on ne peut pas faire, et jusqu'où l'on peut aller trop ou pas assez loin » ([5], p142-143). Cette phrase peut paraître confuse mais elle est à l'image de la difficulté de la situation pour l'auteur.

La Dr Becquet n'est pas de cet avis. Le débat sociétal autour du suicide médicalement assisté, ou euthanasie active, la gêne profondément. Pour elle, c'est une demande légitime mais

personnelle qui ne doit pas dépasser le cadre privé. « Se faire aider en toute confidentialité par un médecin, cela existe depuis des lustres » ([2], p258-259).

On comprend aisément que la frontière est mince entre soulager et précipiter le décès. Le Dr Franck précise ne jamais avoir tué délibérément un patient à l'aide de morphiniques mais il reconnaît ne pas avoir hésité à y recourir quand il le fallait. Il se souvient ainsi d'avoir accompagné un ami médecin atteint d'un cancer incurable. Au moment où la douleur et l'angoisse étaient à leur paroxysme, il inaugura « le traitement terminal sans lésiner sur les doses » ([9], p47). Pour lui, le souhait de mourir dans la dignité, on entend par-là, une mort calme, indolore et paisible, est tout à fait légitime. Par contre, s'engager vis-à-vis d'un patient dans un pacte d'euthanasie préventive avant d'être condamné par une pathologie incurable, lui apparaît impossible pour la simple raison qu'il est difficile de prévoir les réactions d'un patient au moment « du naufrage » ([9], p48).

Par ces quelques extraits, les médecins de notre corpus nés au début du XX^e siècle nous ont replongés dans une époque pas si lointaine des avortements clandestins. Les médecins généralistes étaient aux premières loges pour assister aux conséquences désastreuses de ces pratiques alors interdites et non encadrées médicalement. Par ailleurs, nous avons pu illustrer la question des soins en fin de vie au travers des situations vécues par quelques médecins de notre corpus. Loin de nous l'idée d'apporter une réponse mais plutôt de mettre en lumière la complexité de cette discussion sociétale par des points de vue et des vécus différents.

2.6.3. Indépendance

Conformément à l'article 5 du Code de la santé publique, le médecin se doit de maintenir son indépendance professionnelle avec pour seul objectif l'intérêt premier du patient (annexe 11).

Dans notre corpus littéraire, le spectre de l'industrie pharmacologique est personnifié par le visiteur médical. Le rapport des médecins généralistes à ce personnage est varié. Paul Perrève, qui ne manque pas d'humour, constate la présence régulière de cette « hydre tentaculaire » dans sa salle d'attente. Il distingue alors « le roublard » du « visiteur sérieux ». Le premier tente de se faufiler entre deux patients, puis déclame un long monologue en déballant sur le bureau du médecin une série de gadgets inutiles. La préférence du Dr Perrève va évidemment au deuxième. Poli et compétent, il attend son tour avec patience. Pour le docteur, c'est l'occasion de fumer une cigarette. De par sa profession itinérante, le visiteur médical est à

même de donner des nouvelles de confrères installés dans une autre région. Ceux qui réussissent et dont la salle d'attente ne désemplit pas, ceux qui vendent leur cabinet parce qu'ils en ont marre. Discrètement, au milieu de la conversation il rappelle les spécialités que son laboratoire commercialise ([15], p 239-42).

Jacques Franck connut l'âge d'or des dîners de laboratoire dans la capitale. Chaque firme allouait des budgets considérables pour organiser de véritables réceptions. Elles prenaient place dans des lieux prestigieux tels des restaurants réputés et des grands hôtels parisiens. Les hommes s'y rendaient en costume et les femmes, en robe de soirée. Puisque le but premier était de perfectionner les connaissances des médecins, les soirées débutaient par une conférence suivie d'un débat animé par un éminent spécialiste local. Pendant ce temps-là, les conjoints assistaient à la projection d'un film. Puis venait l'heure de passer à table ou au buffet. L'agenda de certains médecins, particulièrement amateur de ces dîners, était tellement plein qu'ils ne prenaient plus un repas chez eux en semaine ([9], p74-76).

La Dr Becquet est souvent conviée à des repas organisés par des laboratoires pharmaceutiques. C'est l'occasion pour elle de retrouver ses confrères et les conjoints sont parfois de la partie. Ainsi son compagnon est peu à peu scandalisé par le nombre d'invitations à dîner et les nombreux cadeaux distribués par l'industrie pharmaceutique. Pour lui, les lecteurs de DVD, livres, lecteurs musicaux et appareils photo sont autant de cadeaux offerts aux médecins grâce au prix des médicaments que la Sécurité sociale rembourse. Pour Stéphanie Becquet, ces repas prennent alors un autre sens ([2], p80). Plus loin dans son livre, elle refuse de rencontrer une visiteuse. Cette dernière s'écrie : « comment ? On a tellement bien travaillé ensemble ! Et puis vous avez eu un joli chèque pour une étude en 2006 ! » ([2], p144). Pour l'auteur, c'est la révélation. Elle divorce des lobbies pharmaceutiques.

Cette anecdote rappelle qu'une des finalités reste d'inciter les médecins à prescrire les molécules des laboratoires. Christian Lehmann est bien conscient de cet enjeu. Grâce à l'amélioration des logiciels informatiques médicaux il a accès à une base de données fiable. De plus, il attache une grande importance à la lecture de revues scientifiques pour actualiser ses connaissances. Un jour, bien conscient que la visite de ces représentants de laboratoires exerce une influence réelle sur ses prescriptions il prit purement et simplement la décision de ne plus les recevoir ([14], p39).

Dans ce même souci d'indépendance intellectuelle, citons Jaddo qui dès son internat va commencer à refuser de rencontrer les visiteurs médicaux. À chaque fois, elle se sent obligée

de se justifier, évoque son abonnement à des revues. Exaspérée, elle finira par trouver la parade lorsqu'on lui demande pourquoi elle ne veut plus rencontrer ces intervenants, en déclarant : « mon grand-père s'est fait écraser par un visiteur médical » ([12], p201-203).

Dans son livre, *Patients, si vous saviez... Confessions d'un médecin généraliste*, Christian Lehmann écrit plusieurs chapitres à charge contre l'industrie pharmaceutique. Il décrit des pratiques douteuses et surtout la connivence de certains médecins. Pour citer un exemple de son ouvrage, dès 1984, plusieurs produits comportant des sels de fluor sont mis sur le marché et dont le but est l'augmentation de la trame osseuse chez les femmes ostéoporotiques. Rapidement, on constate la survenue de fractures spontanées chez les patientes atteintes d'ostéoporose et traitées par fluor. On envisage alors l'hypothèse que les sels de fluor fragiliseraient finalement la trame osseuse. En 1988 se tient une conférence de consensus sur l'ostéoporose qui selon la revue *Prescrire*, n'emprunte en rien la rigueur scientifique attendue dans un tel colloque. L'assemblée tiendrait plus d' « une aimable causerie entre spécialistes, sponsorisée par l'industrie pharmaceutique » ([14], p200-201). Les conclusions de cette conférence trancheront le débat en faveur de l'utilisation du fluor. Gare alors aux médecins qui auraient uniquement connaissance de ce document. Il faudra attendre 1998 pour qu'une étude clinique commanditée par le ministère de la Santé rende la conclusion suivante : le fluor n'a pas sa place dans le traitement de prévention primaire et secondaire des fractures ostéoporotiques ([14], p201-204).

Nous avons évoqué plusieurs fois la revue *Prescrire*. Christian Lehmann tient à rendre hommage à cette revue particulière. Elle fonctionne totalement sans publicité et vit uniquement de ses abonnés. Ce postulat lui permet une autonomie financière qui garantit son indépendance des pouvoirs politiques et pharmaceutiques. De plus, sa rigueur et son esprit critique font d'elle un allié de choix de tout prescripteur qui souhaite maintenir son indépendance, toujours selon l'auteur ([14], p257-259).

Dans un autre registre, il est intéressant de souligner un aspect délicat de l'exercice de la médecine générale en France, où la plupart des soins et prescriptions font l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale. La Dr Becquet a toujours aspiré à plus d'autonomie pendant ses études. Une fois installée, elle s'est rapidement rendu compte qu'elle devait rendre des comptes à une autorité supérieure qu'est la Sécurité sociale ([2], p7). Régulièrement, une déléguée de cette instance lui rend visite au cabinet et passe en revue ses prescriptions, critiquant ses chiffres par rapport à des normes. La Dr Becquet a alors

l'impression d'être « une écolière coupable » qui doit corriger ses écarts en tentant par exemple, de moins prescrire d'antibiotiques, moins d'arrêts de travail. Ces visites lui font sentir « fonctionnaire d'Etat avec en plus, toutes les charges d'un indépendant » ([2], p129).

Les patients peuvent aussi chercher à influencer la prescription du médecin. Le Dr Goldstein a rapidement eu la réputation d'être sévère car il ne cédait pas à toutes les demandes. Avec fermeté, il refusait de prescrire les arrêts injustifiés, les traitements hasardeux sur conseil d'un proche ou encore d'ajouter sur l'ordonnance des médicaments déjà achetés chez le pharmacien. Par-dessus tout, il refusait « des visites à domicile que rien ne [justifiait], sauf la commodité outrancière de certains patients qui [considéraient] le médecin comme un petit livreur à domicile de soins et de certificats » ([10], p351-352).

Par ces différentes illustrations, nous nous rendons compte que l'indépendance d'un médecin est une notion difficile à sauvegarder. La frontière est toujours mince et chaque praticien peut facilement se faire influencer dans ses prescriptions à un moment dans sa carrière.

Nous finirons par aborder la question des cadeaux offerts par les malades. La liste est longue et chaque médecin reçoit des présents variés de la part de sa patientèle. Souvent, le but premier n'est pas forcément d'acheter le prescripteur, ou de l'inciter à céder à une demande particulière, mais plutôt de prouver sa gratitude. Ainsi, la table du Dr Sanlaville est toujours bien approvisionnée en fruits, légumes, œufs, cochonnailles et volailles par ses patients producteurs. Il se félicite d'exercer en « pays de Cocagne » ([17], p27). De son côté le Dr Perrève reçoit trois Louis d'or, un pour chacune de ses filles, d'un patient qu'il a ramassé un jour de pluie ivre sur le bas-côté de la route ([15], p65-67). Stéphanie Becquet reçoit aussi beaucoup de présents comestibles mais la palme de l'originalité revient à une patiente qui lui fit cadeau d'une pièce de lingerie ([2], p24-25).

Dans ces extraits du corpus il ne faut pas y voir systématiquement une tentative d'acheter le médecin. Néanmoins, il est certain que le généraliste peut être mieux disposé à accéder aux demandes de ses patients quand il entretient avec eux une relation de qualité, que des cadeaux, quand ils sont offerts à bon escient, peuvent parfois renforcer.

2.6.4. Certificats

Difficile de ne pas consacrer un chapitre à ce motif récurrent de consultation en médecine générale. Nos médecins du corpus ne font pas exception et les demandes de rédaction de document, où le professionnel écrit ses observations médicales, sont diverses.

Dans son ouvrage, le Dr Vieilledent ne décrit qu'une seule fois la rédaction d'un certificat, celui du décès d'un couple qui s'est suicidé. Le médecin est celui qui est habilité à attester de la mort d'un individu aux yeux de la société et par ces « trois feuillets bleus », le Dr Vieilledent écrit les circonstances médicales qui ont conduit au décès. Il se souvient précisément que toutes les fois où il sera appelé pour constater un décès par suicide, il sera submergé par un sentiment d'inutilité abyssale au moment de la rédaction du papier officiel ([20], p44-46).

Mais lorsque les circonstances menant au décès n'apparaissent pas comme naturelles, le médecin peut cocher une case bien spécifique du certificat de décès, appelée obstacle médico-légal, et ainsi refuser le permis d'inhumation. Cette décision marque l'ouverture d'une enquête judiciaire. En 1957, Jacques Farisy est appelé pour un décès suspect. Le docteur découvre des contusions et des plaies sur le cadavre qui gît dans l'entrée de la maison, au milieu de plusieurs traces de sang. Le doute n'est pas permis, les circonstances du décès font suspecter une mort violente. Les gendarmes dépêchent le médecin légiste qui effectuera l'autopsie du corps sur la table de la cuisine, aidé du médecin généraliste. L'examen révèle que le décès est imputable à une hémorragie des suites de coups reçus. Le coupable sera finalement retrouvé un an après, confondu par la paire de bottes qu'il portait sur les lieux du crime ([7], p137-44).

Pour le Dr Guiheneuf, « les années soixante-dix furent marquées par la multiplication des demandes de papiers officiels » ([11], p243). Les certificats médicaux se multiplient pour la pratique du sport, pour se marier ou encore conduire certains véhicules. Le Dr Guiheneuf se plaint un jour de devoir rédiger un certificat pour jouer à la pétanque ([11], p243).

Dans cette même veine, le Dr Averlant s'étonne de devoir délivrer des certificats pour la naissance, la première et deuxième années de vie, des certificats prénuptiaux, pour la pratique d'un sport, en cas de rixe. Mais les bornes seront dépassées quand il lui sera demandé un certificat médical d'aptitude à l'étude du secourisme ([1], p57-58).

La Dr Becquet est ennuyée quand on lui réclame un certificat à destination d'une compagnie d'assurance car bien souvent, les patients lui demandent « d'enjoliver la vérité, d'améliorer leur état de santé ». Face à son refus d'alléger le poids d'une patiente de vingt-cinq kilos sur un certificat, la Dr Becquet vit cette dernière quitter le cabinet fâchée ([2], p265). Le Dr Lanot, de son côté, se souvient d'une patiente en instance de divorce qui venait le consulter pour un certificat descriptif de coups et blessures. Le médecin lui trouve à l'examen clinique quelques traces minimales de contusions. La patiente lui demande alors, moyennant rétribution financière voir en nature, de forcer le trait de ses conclusions médicales, ce que le Dr Lanot refusa évidemment ([13], p82-85).

En effet, la rédaction de ce document engage la responsabilité médico-légale du médecin et produire un certificat de complaisance, voir un faux, expose l'auteur à des sanctions disciplinaires et pénales [35]. Le Dr Delfieu se souvient d'une histoire déplaisante. Un jour, une infirmière surveillante, de l'hôpital où il travaillait, l'interpelle. Elle se sent fatiguée et lui demande un arrêt de travail, qui rappelons-le est aussi un certificat. En toute hâte et en confiance, le docteur ne l'examine pas et lui signe le papier. Rentrée à son domicile, elle est prise d'un malaise dans les escaliers et ses voisins appellent un médecin en urgence. L'examen clinique lui trouve une tension élevée et une arythmie probablement due à une fibrillation atriale. Depuis, pour le Dr Delfieu, plus question de produire un quelconque papier sans examiner le patient ([6], p67-70).

Avec ces différents exemples, il ressort que la rédaction de certificats médicaux fait partie de la pratique quotidienne de ces médecins généralistes. Les demandes se multiplient au risque d'être parfois abusives. Ainsi Jaddo et la Dr Becquet sont atterrées devant la demande de certificat attestant la propreté d'un enfant de trois ans qui s'apprête à commencer l'école maternelle ([2], p112). Ce à quoi Jaddo écrit : « eh ben écoutez, ça tombe bien, j'ai un matelas d'appoint, un p'tit frigo et des magazines dans la salle d'attente, surtout faites-le boire beaucoup, je reviens vous voir vers 18 heures, OK ? » ([12], p44).

Il est important, face à la dérive des certaines demandes, de rappeler que les certificats ne se justifient que s'il y a une raison médicale et qu'ils ne sont obligatoires que si un texte législatif ou réglementaire l'exige comme le rappelle la circulaire n° 2011-331 du 27 septembre 2011 relative à la rationalisation des certificats médicaux [36]. Dans son cabinet, Dr Lehmann reçoit beaucoup d'enfants. Lorsqu'ils sont malades, victime d'une virose banale et qu'ils doivent rester à la maison, il arrive que le parent lui demande un certificat pour l'école. Cette

demande n'est justifiée qu'en cas de maladies contagieuses bien particulières et le Dr Lehmann produit un document rappelant ces maladies ainsi qu'une liste de textes de loi pour appuyer son refus d'accéder à la demande de l'établissement ([14], p43-45).

Dans son livre, *Juste après dresseuse d'ours, les histoires brutes et non romancées d'une jeune médecin généraliste*, Jaddo raconte qu'au moment de prendre ses fonctions d'interne il lui fallait produire un certificat attestant qu'elle remplissait les conditions de vaccination et les aptitudes physiques et mentales à la pratique de la médecine. Comble de la demande, il était expressément mentionné que ledit document devait être établi par un médecin hospitalier. S'en est trop pour la future interne de médecine générale. Elle demande au bureau des internes à quel service s'adresser et la raison pour laquelle un généraliste n'est pas compétent pour délivrer pareille attestation. On lui répond alors : « ben parce que bon déjà, c'est un généraliste » et plus loin d'ajouter « ben si c'est un médecin généraliste, ça peut être un certificat de complaisance » ([12], p330). Jaddo est outrée par ces réponses car il est monnaie courante pour les étudiants d'obtenir ce certificat sur un coin de table par un médecin hospitalier pressé, sans interrogatoire ni examen clinique, alors qu'elle est persuadée qu'un médecin généraliste tenterait au moins une consultation sommaire. Elle finira par se rendre à la médecine du travail où elle obtiendra le précieux sésame pour accéder à son poste d'interne après une consultation succincte ([12], p330-331). Par cette anecdote, elle entend mettre en exergue l'hypocrisie française qui place le médecin généraliste au centre d'un système bureaucratique mais qui ne le juge pas assez qualifié pour certifier l'aptitude de ses semblables.

Nous finirons par revenir sur le cas de l'arrêt de travail, ou arrêt maladie. Lorsqu'un patient est dans l'incapacité de travailler suite à une affection, le médecin peut alors remplir un formulaire où il fait mention d'une durée d'incapacité de travail temporaire. Depuis les années deux mille, le médecin prescripteur a l'obligation de mentionner les éléments d'ordre médical qui justifient l'arrêt de travail. Le formulaire est en trois exemplaires et sur celui destiné à l'employeur, les éléments médicaux sont absents afin de maintenir le secret médical. Là où la situation se corse, c'est que ce formulaire n'est qu'un avis d'arrêt de travail émis par le médecin et c'est à son confrère de la Sécurité sociale de le valider. La Dr Becquet, comme nous l'avons déjà vu auparavant, est un médecin qui ne prescrit pas d'antidépresseur ni d'anxiolytique pourtant, elle suit des patients déprimés. Elle préfère leur offrir une psychothérapie de soutien assortie de phytothérapie et d'un arrêt de travail quand le cas le justifie. Dès lors, le médecin contrôleur l'appelle souvent car il ne comprend pas le motif de

ses arrêts, arguant que un patient présente des signes de dépression, il devrait être sous traitement chimique. Elle se retrouve souvent à argumenter pour faire accepter l'arrêt de ses patients ([2], p39).

Comme la Dr Becquet a pu en faire l'expérience, le médecin généraliste est souvent vu comme un prescripteur excessif d'arrêts de travail qui coûtent cher à la société. Il est surveillé par les délégués de la Sécurité sociale qui, classeurs statistiques à l'appui, lui reprochent ses chiffres au-dessus d'une norme arbitraire. Stéphanie Becquet a parfois le sentiment de devoir négocier ses prescriptions ([2], p84).

Christian Lehmann déplore ce procès qu'il juge injuste envers les médecins généralistes. Dans sa pratique, il est plus souvent confronté à des patients qui refusent de s'arrêter par crainte d'une mise à pied, sans parler des professions indépendantes chez qui la cessation d'activité menace directement leur équilibre économique ([14], 136-137).

Par ailleurs, le Dr Van Eslande remarque que la tâche de remplir les avis d'arrêt de travail est souvent dévolue au médecin généraliste. En effet, il estime que beaucoup de médecins spécialistes se sont rapidement débarrassés de cette formalité chronophage et peu valorisante, mais combien engageante sur le plan médico-légal ([19], p143).

Maintenant que nous avons vu le cas de la rédaction de certificat dans la pratique de nos auteurs, il est intéressant d'aborder la délicate question de l'erreur médicale et des poursuites judiciaires.

2.6.5. Erreur médicale

Nous finissons l'analyse de notre corpus par la notion d'erreur au sein de la pratique de la médecine générale, relatée par les auteurs. La médecine est un exercice qui engage la responsabilité du praticien et toute maladresse peut être lourde de conséquence. Nous ne ferons pas ici la liste exhaustive des erreurs médicales, et leurs possibles poursuites, mais décrirons quelques expériences vécues par les médecins généralistes de notre recueil.

Pour Jaddo, c'est une certitude, un jour sa négligence, ou son ignorance, conduira au décès d'un patient. Selon elle, chaque médecin généraliste contribue probablement à préserver quelques vies anonymes mais en revanche, saura « avec certitude celles très nominatives qu' [il aura] perdu » ([12], p109-111). Pour Jaddo, cette vérité est terrifiante.

De son côté, le Dr Lehmann se méfie des certitudes médicales depuis qu'un enseignant raconta une triste anecdote pendant un cours. Devant un amphithéâtre plein d'étudiants en médecine, il projette plusieurs diapositives représentant des lésions hémorragiques d'un foie. Il explique que l'organe appartenait à un patient alcoolique décédé lors de son hospitalisation pour une pneumopathie. L'autopsie a permis de révéler que le décès était en fait imputable à une erreur médicale. En effet, en voulant ponctionner une pleurésie, l'externe a visé trop bas et a causé un saignement qui, couplé aux troubles de coagulation dues à l'éthylisme chronique du patient, a entraîné le décès du patient. À cette révélation, l'amphithéâtre devient bruyant, des voix s'élèvent et réclament justice pour ce pauvre malade. Le professeur reprend la parole et explique gravement que ce genre d'accident tragique peut arriver à chacun des étudiants présents à ce cours. Par cette leçon, il souhaite rappeler « que la médecine [est] pratiquée par des humains, hélas, et que les humains [sont] faillibles » ([14], p171-172).

Reconnaître ses limites et savoir se remettre en question sont des qualités essentielles pour le Dr Van Eslande. Dans son livre, *Et vous, docteur, ça va ? Parcours d'un médecin généraliste*, il se réjouit de n'avoir reçu aucune plainte. Pourtant, il ne se sent pas meilleur qu'un autre. Selon lui, il faut sans cesse maintenir le dialogue avec le patient et savoir partager ses incertitudes et ses doutes. Lorsqu'il se sait répréhensible, il accepte les critiques. La plupart du temps, les choses s'apaisent ([19], p110-111).

Le Dr Guiheneuf, dans son livre *Mémoires d'un médecin de campagne*, n'hésite pas à partager plusieurs erreurs qui émaillèrent sa carrière. Nous avons déjà relaté son premier accouchement en tant que jeune médecin installé et son étonnement lorsqu'après la naissance d'un petit garçon en parfaite santé, suit de près, l'expulsion d'un deuxième bébé. Le médecin est consterné par son erreur de débutant mais heureusement, le couple de parents n'en tiendra pas rigueur et cet incident n'entachera pas la réputation naissante du médecin généraliste ([11], p14-17). Plus loin, il raconte que quand il était interne à l'hôpital d'Amiens dans les années cinquante, il assista à une série de décès inexplicables. En effet, plusieurs patients hospitalisés pour diverses pathologies commençaient par trembler, transpirer, puis ils délireraient et en une dizaine de jours, décédaient sans qu'aucun médecin ne sache l'origine du mal. Comme tous les patients avaient été opérés par le même chirurgien, une origine nosocomiale fut suspectée. On redoubla d'effort dans la désinfection des instruments et toute l'équipe fut invitée à la vigilance. Peu de temps après un nouveau patient opéré mourut dans les mêmes circonstances. On décida alors d'administrer un traitement antibio-prophylactique à chaque patient. Malheureusement, deux autres patients décédèrent. Finalement un vieux professeur, ayant

exercé avant la guerre, proposa de donner tout simplement du vin aux patients. Rapidement, ceux qui allaient mal furent remis sur pieds. Le mal mystérieux était le délirium tremens. À cause des privations du conflit, plus aucun médecin hospitalier n'en avait vu et cette complication du sevrage éthylique brutal était sortie des mémoires ([11], p67-69).

Au début de sa carrière libérale, le Dr Guiheneuf se retrouve dans une situation très délicate. Un patient le sollicite pour un arrêt maladie d'un mois car son entreprise n'a plus de travail à lui proposer. Cette demande semble bien injustifiée mais le Dr Guiheneuf a appris de ses confrères qu'elle se pratique de temps en temps dans la région. Il prescrit l'arrêt. Bien mal lui prit. Un contrôleur de la Sécurité sociale visite quelques jours plus tard ce même patient et le découvre en train de dessoucher un vieil arbre chez son beau-père. Le caractère infondé de l'arrêt est manifeste et il se présente ensuite au jeune médecin pour demander des comptes sur l'état de santé du patient, sans préciser qu'il l'a surpris en pleine activité physique. Fort impressionné, le Dr Guiheneuf s'enfonce dans le mensonge et décrit un tableau clinique de sciatique. Le contrôleur le confond alors et lui annonce qu'il passera en commission paritaire. Le jeune médecin est atterré. Cependant, il apprend bien vite qu'il n'encourt pas de graves conséquences. Il s'en tira en payant les indemnités du patient qui n'ont pas été versées par la Sécurité sociale. Cette histoire lui sert de leçon, plus jamais il ne produisit de certificat de complaisance ([11], p201-205).

Nous finirons par les propos du Dr Sanlaville au début de son ouvrage, *En Bourgogne, j'étais médecin à la campagne*. Il avoue son choix de ne pas relater ses échecs mais plutôt de décrire ses « batailles gagnées sur la mort » ([17], p6). Par cet aveu, le médecin nous rappelle que l'écriture est subjective et qu'il est bien humain de préférer raconter ses réussites qu'exposer ses erreurs.

Par ce chapitre nous clôturons notre partie analyse.

Partie 3

Discussion

3. Discussion

Notre corpus littéraire livre un témoignage précieux et authentique de la médecine générale vue et vécue par ses exécutants. Après avoir analysé les récits, nous tenons à discuter certains points.

3.1. Du choix de la méthodologie

Tout d'abord, concernant les ouvrages. Nous aurions pu travailler sur des œuvres romanesques plus connues sur le plan littéraire, écrites ou non par des médecins. Nous avons déjà cité la thèse du Dr Kizilian, qui a travaillé sur les représentations des valeurs du serment d'Hippocrate dans la littérature française [33]. Son corpus littéraire était composé d'œuvres écrites par des auteurs à la notoriété établie. Citons Martin Winckler, Albert Camus, Louis Ferdinand Céline mais aussi Jacques Chauviré et Jean Reverzy. Concernant ces deux derniers auteurs, communs à notre corpus, les œuvres étudiées étaient romanesques, sauf dans le cas de *Place des angoisses* [16]. De notre côté, en choisissant d'effectuer une thèse transversale à la littérature et à la médecine, nous avons conscience d'emprunter une voie originale qui méritait d'être discutée. La crainte première était d'être critiqué sur le sérieux de la démarche aussi nous avons adopté une méthodologie qui se voulait rigoureuse. Pour le mode de sélection du corpus nous avons choisi d'utiliser des critères d'inclusion. En choisissant des récits écrits par des médecins généralistes, nous souhaitions privilégier l'authenticité des témoignages plutôt que des œuvres littéraires célèbres. En incluant tous les ouvrages qui répondaient aux critères et qui étaient accessibles, nous avons déterminé un corpus qui peut paraître volumineux mais nous tenions surtout à ne pas choisir arbitrairement quelques titres selon nos penchants personnels de lecteur. Il est possible que certains manuscrits soient édités en peu d'exemplaires, ou par des petites maisons d'édition fermées depuis, et qu'ils aient échappé à nos recherches. Toutefois, le volume d'ouvrages du corpus restait vraisemblablement suffisant pour entreprendre une analyse.

Pour ce qui est du choix de travailler sur des récits auto fictifs et autobiographiques, nous avons bien conscience que l'écriture des médecins peut comporter des omissions, volontaires ou non, et un désir de se présenter sous son meilleur jour. Néanmoins, ce biais n'est pas plus important dans le cas de récits d'inspiration autobiographique, comme dans notre analyse, que dans le recueil d'informations d'une étude qualitative. En effet, lors d'entretiens ou en

remplissant un questionnaire, le sondé peut être tenté de répondre de manière à offrir une représentation méliorative de lui-même. De plus, il est intéressant de souligner que l'écriture des récits était totalement indépendante de notre travail de recherche, il n'y avait donc pas de risque d'influence. Les auteurs ne se sont pas lancés dans une démarche d'écriture en imaginant que quelqu'un pourrait un jour étudier leur récit.

Pour ce qui est de la méthodologie de l'analyse des textes. Lorsque nous avons commencé notre travail, nous n'avons pas cherché à étudier les récits au moyen d'une grille de critères préétablie, comme a pu le faire le Dr Kizilian en relevant dans les textes les passages évoquant les valeurs du serment d'Hippocrate [33]. Au contraire, nous souhaitions partir du corpus pour établir un plan d'analyse, selon la méthodologie littéraire. Aussi, nous avons d'abord lu une première fois la totalité du corpus afin de trouver des thématiques transverses aux œuvres, puis nous les avons organisées de manière à établir le plan de la seconde partie. L'analyse des textes permet de mettre en évidence certaines évolutions de la pratique de la médecine générale au cours du siècle passé. Ce plan peut paraître ambitieux mais nous tenions à rendre compte des récits de la manière la plus approfondie et globale, peut être toujours dans un souci de légitimer notre démarche atypique. Évidemment, nous n'avons pas pu rapporter toutes les illustrations présentes dans les récits de chaque aspect de l'exercice de la médecine générale que nous avons abordé. Il était important de privilégier la pertinence et la diversité pour éviter de dresser un inventaire ennuyeux. Dans cette idée, nous avons choisi parfois de citer des passages humoristiques qui peuvent prêter à sourire, afin de rendre compte aussi de l'expérience de lecture que certains récits offrent. À contrario, certains aspects de la pratique ne sont pas évoqués dans notre analyse car peu ou pas développés dans les récits.

Ce choix d'analyse n'est pas parfait et nous pouvons reconnaître que certains auteurs ont été moins cités que d'autres tout simplement parce que leur œuvre se prêtait moins à notre plan de travail. Nous pouvons citer le journal du Dr Chauviré, qui décrit assez peu son exercice professionnel. Jean Reverzy relate surtout sa formation universitaire à l'hôpital et son livre s'arrête au début de son installation. Le Dr Servin développe quelques situations professionnelles mais sa narration tient plus du style romanesque en se plaçant parfois du côté des patients. L'ouvrage du Dr Lanot est tout simplement de petit volume et offre de ce fait peu de matière. Enfin, l'autobiographie de Marcel Goldstein traite de sa vie au plan personnel et idéologique, plus que sa carrière médicale.

3.2. De l'évolution de la médecine générale

Concernant les résultats de l'analyse, le but premier de cette approche littéraire n'était pas de faire un exposé historique précis mais de relever certaines évolutions décrites dans les récits. Ainsi, nous avons détaillé quelques changements dans la formation universitaire en parallèle de l'évolution de la démographie médicale et du développement des spécialités. Les médecins nés au début du XX^e siècle ont assisté aux avancées techniques qui ont fait muter la profession en termes d'organisation et d'environnement de travail, permettant aussi d'accéder à un meilleur confort de vie. Sur les plans diagnostique et thérapeutique, les performances sont impressionnantes et révolutionnent la pratique de la médecine au quotidien. Notre recherche n'était pas une étude comparant l'exercice des deux populations de médecins généralistes d'âges différents néanmoins, l'analyse bibliographique met en évidence des dissemblances entre les générations. Ainsi, les plus jeunes semblent mieux préparés à l'exercice spécifique de la médecine générale dans leurs études. Par ailleurs, il est intéressant d'observer que les médecins les plus âgés se sont installés dans un contexte de concurrence pour cesser leur activité, plusieurs dizaines d'années plus tard, alors que la pénurie médicale s'installe, incitant la profession à se diriger vers l'exercice de groupe. Le corpus était composé d'une forte proportion de médecins ruraux qui nous a surtout permis d'illustrer l'ancienne image du médecin de campagne, figure de notable du village, toujours sur les routes pour visiter ses malades, disponible à toute heure et par tous les temps.

En avançant dans les récits, le métier perd une partie de ses compétences, notamment la gestion des accouchements et la prise en charge de certaines urgences, au profit d'un rôle de coordinateur du système de soin qui s'apparente parfois à un statut de prestataire de services selon certains auteurs. Les carcans médico-légal et administratif semblent de plus en plus pesants sur le médecin. La profession se bureaucratise et on peut légitimement se poser la question du temps qu'il reste dans une consultation pour véritablement soigner et soulager les patients. Ce constat est cruel, d'autant qu'il est unanimement reconnu qu'à l'origine d'une prise en charge de qualité doit se trouver une relation entre le médecin et le patient équilibrée, ce qui nécessite de prendre le temps de communiquer.

Dans ce corpus, les auteurs étaient majoritairement installés en libéral et leurs témoignages amenaient aussi à questionner le mode de rémunération à l'acte car il n'incite pas le soignant à consacrer du temps à chaque patient. En effet, il n'est pas rare que le médecin généraliste soit sollicité au sein d'une même consultation pour mener à bien plusieurs missions. Dès lors, les

honoraires perçus ne valorisent pas l'investissement du professionnel et les témoignages laissent à penser que le métier est difficilement rémunérateur lorsqu'il est exercé avec application.

En une cinquantaine d'années, la couverture sociale a permis un remboursement des frais de soins de la quasi-totalité de la population française et les médecins généralistes tirent leurs honoraires de ce système de soin. Cette évolution place les médecins libéraux dans une position délicate. Leur statut peut s'apparenter à une forme de fonctionnariat qui ne dit pas son nom, avec les désavantages des professions libérales, ou avec ses avantages, selon les points de vue. De plus, nous sommes en droit de nous interroger sur l'indépendance du professionnel, condition obligatoire au plan médico-légal. En effet, le système qui rémunère la profession exerce en retour un droit de regard sur les prescriptions par le biais des délégués de la Sécurité sociale qui visitent régulièrement chaque praticien. Dès lors, il est parfois difficile de garder en priorité l'intérêt du patient et de ne pas se faire influencer.

Nous ferons un petit aparté sur les relations entre confrères. Les ouvrages du corpus révélaient bien la complexité des rapports entre médecins, spécialistes et généralistes confondus. Nous soulignerons simplement que le parcours pour devenir docteur, quel que soit la spécialité, encourage la concurrence par la sélection et la valorisation par le classement. Dès-lors, on peut raisonnablement imaginer que ce contexte soit propice à l'individualisme et la vanité, qualités peu propices à la communication.

En résumé, les récits dressent le portrait complexe d'une profession enrichissante et variée mais aussi en perpétuel changement pour s'adapter aux avancées techniques et sociétales. Parfois, certaines évolutions menacent l'essence même de la profession de soignant. Heureusement, les témoignages permettaient aussi d'illustrer toute la noblesse de ce métier qui perdure dans le temps, malgré les difficultés. Chaque ouvrage rend compte du dévouement de son auteur dans son souci d'être appliqué, à l'écoute, respectueux dans l'intérêt premier du patient. Cette recherche permet aussi de mettre en valeur l'écriture et le parcours d'hommes et de femmes dans ce qu'ils ont de singulier et d'altruiste.

3.3. Approche introspective

Sur un plan plus personnel, je tiens à souligner l'intérêt de ce travail qui vient ponctuer mon cursus universitaire. J'ai eu la chance de pouvoir effectuer deux stages en cabinet pendant mon internat, pourtant, au sortir de ma formation, je ne me sentais pas suffisamment préparée à mon exercice professionnel, notamment pour envisager une installation. Je me suis lancée dans cette recherche transversale avec l'idée de combiner deux centres d'intérêt, la médecine et la littérature, afin de produire un travail qui ait du sens pour moi et qui ne soit pas qu'une formalité universitaire. Je n'imaginai pas alors comment cette démarche allait contribuer à enrichir ma connaissance et ma vision de ma profession. Au tout début, je n'étais pas très enthousiaste à la première lecture des récits des médecins les plus âgés du corpus. Le tableau dressé de la profession au sortir de la Seconde Guerre mondiale était bien lointain de la pratique d'aujourd'hui et je ne me trouvais aucun point commun avec cette image du médecin rural dévoué à l'extrême à sa profession et à ses patients. À force de relire et d'analyser les ouvrages, j'ai peu à peu changé d'avis. Ceux qui m'apparaisaient de prime abord hautains et paternalistes se révélaient surtout altruistes, compatissants et sympathiques. Ils ont assisté à des changements profonds de la profession et ont dû s'adapter pour suivre le mouvement qui ne prenait pas toujours des directions en accord avec leurs valeurs et leurs pratiques. Par son récit, chaque médecin fait le travail de se livrer avec honnêteté en décrivant son parcours, ses convictions, ses réussites mais aussi ses erreurs et ses limites. Leurs expériences sont donc une source d'inspiration. En faisant le parallèle avec mon exercice, je contribue à mon projet futur professionnel en anticipant certaines difficultés rencontrées par les auteurs que peuvent être l'isolement de l'exercice libéral, les charges d'un cabinet, le risque de la course à l'acte, la nécessité de garder une distance affective vis-à-vis des patients, la gestion du temps de travail et l'importance d'activités extra-professionnelles pour équilibrer l'existence.

Ce travail se situe donc dans la continuité naturelle de ma formation. Il consolide mes convictions en matière de pratique de la médecine générale en soulignant l'importance de bonnes connaissances et de leur application rigoureuse, d'une écoute bienveillante mais aussi de la nécessité d'une indépendance professionnelle pour privilégier l'intérêt du patient et sauvegarder sa morale personnelle. Ces récits appellent spontanément à plus de lectures et pourquoi, à l'écriture à l'image des médecins du corpus.

3.4. Motivations d'écriture

Enfin, pour clore cette discussion, nous allons dépasser le cadre strict du sujet pour ouvrir sur les motivations d'écriture des auteurs. Les médecins généralistes français forment une grande corporation au sein de laquelle, certains ont ressenti le besoin d'écrire et ont fait le choix de se pencher sur leur parcours professionnel. C'est précisément ceux-là qui ont produit la matière de notre travail et nous souhaitons finir par aborder les buts, avoués ou non, de leur démarche singulière. Pour une fois, nous évoquerons chaque médecin, comme un moyen de rendre hommage à leur personne et à leur ouvrage.

André Dufilho était le doyen de nos auteurs. Il s'installa en Pays Basque pendant la Seconde Guerre pour le quitter en 1953 afin de rejoindre sa Gascogne natale. Son ouvrage, *Docteur, un cheval vous attend, mémoires d'un médecin du Pays Basque* [6] nous a été très précieux pour illustrer l'exercice de la médecine générale pendant le conflit. Son témoignage est particulièrement édifiant et nous invite à une époque où les moyens thérapeutiques manquaient cruellement et où le médecin se devait d'être particulièrement polyvalent. Bien qu'il ne partage jamais directement les motivations de sa démarche d'écriture, il fut par ailleurs l'auteur de plusieurs autres ouvrages qui abordaient différents thèmes, signe par-là qu'il était un véritable écrivain dans l'âme.

Jean Reverzy, fut un auteur reconnu de son vivant. Il reçut le prix Renaudot en 1954 pour son premier roman, *Le passage*. Son ouvrage, *Place des Angoisses* [16] est un roman autobiographique inspiré de ses études. Sa forme littéraire au style poussé et mélancolique dénote dans notre corpus mais était riche de descriptions sur l'univers impitoyable des études médicales et de l'hôpital d'avant-guerre.

Jean-Pierre Servin, dans l'avant-propos de son ouvrage *Journal d'un médecin de campagne*, décrit la médecine comme le plus beau métier du monde. Il se sent particulièrement privilégié d'avoir pu assister en qu' « acteur vigilant autant que passionné à l'essor prodigieux de la médecine » ([18], p12).

Jacques Chauviré était un bon ami du Dr Reverzy. Il fut aussi un auteur reconnu et publia plusieurs ouvrages. Son livre, *Journal d'un médecin de campagne* [4] est tiré de son journal de bord dans lequel il rapporte quelques expériences professionnelles mais surtout ses réflexions littéraires et ses états d'âme. Il ne partage pas directement les raisons qui le poussent à écrire mais, par ses nombreuses références littéraires, sa correspondance avec

Albert Camus et d'autres auteurs, nous comprenons que si Jacques Chauviré est médecin, il est aussi et peut être avant tout un homme de lettre. Entendons par là que sa nature le pousse à lire sans cesse et à écrire.

Jacques Farisy, concernant son livre *Souvenirs d'un médecin de campagne*, évoque par son avant-propos un travail de mémoire ([7], p7). Bien qu'il ne partage pas clairement le mobile de son écriture, la fin de son ouvrage fait le constat triste de la désertification médicale des campagnes ([7], p253). Médecin de la première partie du XX^e siècle, il estime qu'il devait « faire tout avec rien » et se distingue de la nouvelle génération qui bénéficie d'avancées notables de la vie moderne ([7], p 251).

Paul Sanlaville, dans *En Bourgogne, j'étais médecin à la campagne*, explique qu'il n'a pas eu l'intention de faire un reportage exact de son activité professionnelle qui couvrait les années cinquante aux années quatre-vingt. Par son récit, il souhaitait plutôt apporter son témoignage en tant qu'« acteur privilégié » de la désertification de la campagne, au niveau démographique comme médicale, « au vieillissement de la population, à la modernisation de l'habitat rural et aux progrès prodigieux de la médecine » ([17], p5-6).

Yves Averlant a noirci treize cahiers d'école pendant neuf années qui couvrent la période de 1980 à 1989. Après son décès, son fils a fait publier sept d'entre eux sous la forme d'un ouvrage intitulé *Chroniques d'un médecin des mines*. À la fin du recueil, le Dr Averlant explique que son écriture se nourrissait de son exercice en tant que médecin des mines. Il assiste en témoin privilégié « au petit théâtre » de cette corporation ouvrière, cherchant à fixer des anecdotes au caractère insolite et drôle car « la vie est si triste » ([1], p242).

Jacques Franck écrit *La ballade du généraliste, un médecin au XX^e siècle* animé par le besoin de partager sa vision de la médecine générale et de ses exécutants avant de la quitter. Il envisage, dans son avant-propos, l'écriture comme un moyen d'exorciser des remords et peut être des regrets ([9], p5).

Vladimir Guiheneuf partage ses impressions à la fin de son livre *Mémoires d'un médecin de campagne*. Il écrit ainsi « son sentiment d'avoir pratiqué la médecine d'une façon que [ses] successeurs du nouveau millénaire ne connaîtront probablement plus ». Ce récit lui permet de partager sa pratique qui appartient au passé. Il conclut en dédiant son livre à « tous ces Picards » qu'il a côtoyés pendant toutes ces années et reconnaît volontiers avoir voulu leur rendre hommage par son travail d'écriture ([11], p450-451).

L'ouvrage du Marcel Goldstein, *Le cœur et la raison, autobiographie d'un médecin juif français né en 1930* [10], est comme son nom l'indique, une autobiographie, hélas inachevée. Par son ouvrage, il nous fait découvrir l'homme dans son identité française et juive puis dans sa profession de médecin. Mais derrière son récit, c'est une partie de l'histoire française qui est décrite par les yeux de l'auteur.

Charles Lanot termine son livre *Médecin de campagne*, par cette phrase : « en témoignage de gratitude et de remerciement à tous les patients auprès de qui j'ai tant appris de tout ce qu'on n'enseigne pas dans les facultés de médecine et dans les hôpitaux, à savoir qu'il n'y a pas de maladie mais des malades et des médecins qui les soignent, les guérissent parfois, les soulagement souvent et les accompagnent » ([13], p155). On comprend ainsi que ses patients lui ont inspiré ce livre et que par ce récit il tente de les remercier de ce qu'ils lui ont permis de grandir en tant que médecin et en tant qu'homme.

Paul Perrève, par l'écriture de *la Burle*, souhaite apporter un témoignage puissant et réaliste sur « la rude condition des gens et des médecins de la Haute-Ardèche confrontés à une nature aussi belle qu'hostile » ([15], p8-9). Pendant douze années, il partage le quotidien de ces habitants qu'il finit par quitter, non sans le sentiment de les trahir, pour les cieux plus cléments d'une ville et d'un poste salarié de médecin du travail. Il termine d'ailleurs son ouvrage en évoquant la « saveur amère de [sa] trahison » ([15], p276). On peut imaginer, en plus du travail de témoignage, que l'écriture de ce livre est motivée par son sentiment de culpabilité et qu'il souhaite apporter les raisons qui l'ont poussé à arrêter prématurément son exercice rural.

Georges Vieilledent ne partage jamais directement les motivations qui l'ont poussé à écrire le récit de son parcours professionnel dans *Médecin de campagne, une vie* [20]. Néanmoins, la lecture de son livre nous apparaît comme le témoignage d'un médecin de campagne à l'ancienne, dévoué à ses patients, fin clinicien et humaniste dans l'âme.

Dominique Delfieu, en achevant *Chroniques d'un médecin généraliste*, évoque un travail de rétrospective sur son exercice professionnel, comme un bilan de son parcours. Il ne manque pas de sévérité et l'écriture lui permet de se confronter à sa « propre imposture et à [son] niveau d'incompétence » ([5], p275).

Jean Van Eslande, compare son ouvrage *Et vous, docteur, ça va ? Parcours d'un médecin généraliste* à un retour sur son cheminement de « généraliste de base ». Il tente de dresser le

portrait de sa profession mais aussi du contexte sociétal. Il souhaite ainsi apporter quelques éclairages pour la future génération de médecins généralistes ([19], p11).

Christian Lehmann, avec son livre *Patients, si vous saviez... Confessions d'un médecin généraliste* [14], souhaite témoigner des difficultés de l'exercice d'un médecin généraliste français. Par ailleurs, c'est aussi un auteur engagé qui souhaite dénoncer des pratiques douteuses, notamment du lobby pharmaceutique, qui peuvent entacher le milieu médical en prenant soin de s'appuyer sur une bibliographie solide que l'on peut retrouver en fin d'ouvrage.

Stéphanie Becquet, dans son livre *Journal d'un médecin généraliste* [2], partage son combat quotidien contre la surmédicalisation et son besoin d'indépendance vis-à-vis des laboratoires mais aussi de la Sécurité sociale. Sans donner directement les motivations de son écriture, la forme de journal qu'elle choisit suggère le besoin de partager ses difficultés, ses sentiments et émotions, au jour le jour, consultation après consultation.

Dr Borée compare son livre à un « carnet de bord pour ne pas oublier » les victoires de la vie mais aussi ceux qui sont partis trop tôt ([3], p252). Son ouvrage, *Loin des villes, proche des gens, chroniques d'un jeune médecin de campagne* [3], découle d'un site internet où l'auteur avait l'habitude de poster régulièrement des petits récits comme autant d'anecdote de consultation. L'auteur y partage ses convictions mais aussi ses interrogations par rapport à la profession grâce à une écriture toujours teintée de positivisme.

Juste après dresseuse d'ours, les histoires brutes et non romancés d'une jeune médecin généraliste [12], de Jaddo, est aussi tiré de son activité d'écrivaine sur internet. Sans motiver directement son écriture il semble que chaque récit de situation soit l'occasion de partager ses questionnements, ses difficultés mais surtout la charge émotionnelle de son travail.

Fluorette est aussi l'auteur d'un blog connu. Au début de son ouvrage, *Promenade de santé*, elle explique détester « l'image d'Épinal » que la société renvoie des médecins généralistes et par son écriture, tente de partager son quotidien, « une sorte de journal de bord à ciel ouvert » pour rétablir sa vérité ([8], p17). Mais elle reconnaît que l'écriture lui permet aussi d'évacuer les émotions envahissantes et ainsi de « soigner [ses] insomnies » ([8], p17).

Il apparaît donc que les motivations à l'origine de l'écriture de ces médecins généralistes sont nombreuses. Pour certains, écrire est dicté par le besoin de relater ses interrogations mais aussi

les difficultés suscitées par l'exercice parfois laborieux et souvent solitaire de la médecine générale. Pour d'autres, l'écriture est l'occasion de partager des convictions profondes comme l'indépendance du médecin dans la prescription, la lutte contre l'hyper médicalisation ou encore le souci de respecter le patient dans sa dignité. Souvent, les récits sont motivés par le souhait d'apporter sa vision personnelle d'une profession que tout le monde côtoie mais que peu de gens connaissent réellement. Pour les médecins les plus anciens, le travail d'écriture est vu comme un témoignage de leur parcours professionnel, comme un moyen d'établir le bilan de leur carrière. Certains s'adressent directement à la nouvelle génération de médecins et souhaitent, par leur récit, léguer un peu de leur expérience sur cette profession en constante mutation. Enfin, par l'écriture, les auteurs du corpus expriment le respect et l'admiration qui les lient à leur patientèle sans que leur vie professionnelle n'aurait pas pu être aussi enrichissante.

Conclusion

Conclusion

Par ce travail, nous souhaitons effectuer une approche transversale à deux domaines qui nous sont chers, la médecine et la littérature. Pour ce faire, nous nous sommes orientés vers l'étude des récits d'inspiration autobiographique de médecins généralistes français du XX^e siècle, afin d'illustrer la pratique médicale, notamment au plan de ses changements.

L'analyse littéraire du corpus permettait de retracer l'évolution de l'exercice de la médecine générale dans la formation, l'environnement et l'organisation de travail, le rapport au patient et sa considération mais aussi la place du médecin généraliste et ses missions au sein du système de soin, ainsi que le carcan médico-légal. Cette étude brossait le portrait d'une profession en constante mutation pour s'adapter aux avancées techniques, comme aux changements sociétaux et aux directives gouvernementales. Face à cette marche forcée, les auteurs partageaient aussi la constance du souci d'effectuer au mieux leur travail, avec la difficulté de rester en harmonie avec leurs valeurs profondes. À un plan plus large, cette thèse interrogeait la profession de médecin généraliste sur les difficultés rencontrées pour défendre l'intérêt du patient et la quintessence du métier, parfois menacés par des intérêts extérieurs.

Au plan personnel, ce travail s'inscrit dans la continuité naturelle de ma formation universitaire. Il me permet d'approfondir ma connaissance de la profession et contribue à préparer mon exercice futur, tout en renforçant mes convictions intimes. Enfin cette recherche, qui trouve son origine dans ma passion de la littérature, m'ouvre à des perspectives nouvelles, à l'image de ces hommes et ces femmes qui ont choisi l'écriture comme moyen de partage et de transmission.

Bibliographie

Bibliographie

- [1] AVERLANT Yves. *Chroniques d'un médecin des mines*. Saint Avertin : Éditions Sutton, 2015, 255 p (Témoignages et récits).
- [2] BECQUET Stéphanie. *Journal d'un médecin généraliste*. Paris : Le cherche midi, 2009, 318 p (Collection document).
- [3] DR BORÉE. *Loin des villes, proche des gens, chroniques d'un jeune médecin de campagne*. Bernay : City, 2012, 252 p (Documents).
- [4] CHAUVIRÉ Jacques. *Journal d'un médecin de campagne suivi de Funéraires*. Bazas : Le temps qu'il fait, 2004, 131 p.
- [5] DELFIEU Dominique. *Chroniques d'un médecin généraliste*. Paris : Lavoisier, 2012, 277 p (Médecin sciences publications).
- [6] DUFILHO André. *Docteur, un cheval vous attend, mémoires d'un médecin du Pays Basque*. Paris : La table ronde, 1995, 223 p.
- [7] FARISY Jacques. *Souvenirs d'un médecin de campagne*. La crèche : Geste éditions, 2008, 257 p (Collection témoignages).
- [8] FLUORETTE. *Promenade de santé, chroniques d'une jeune généraliste*. Paris : Grasset, 2014, 334 p.
- [9] FRANCK Jacques. *La ballade du généraliste, un médecin au XX^e siècle*. Paris : L'Harmattan, 2008, 175 p (Pratique et éthique médicales).
- [10] GOLDSTEIN Marcel. *Le cœur et la raison, autobiographie d'un médecin juif français né à Paris en 1930*. Paris : L'Harmattan, 1998, 463 p.
- [11] GUIHENEUF Vladimir. *Mémoire d'un médecin de campagne*. Romagnat : De Borée, 2005, 450 p (Terre de poche).
- [12] JADDO. *Juste après dresseuse d'ours, les histoires brutes et non romancées d'une jeune médecin généraliste*. Édition enrichie par l'auteur. Paris : Pocket, 2011, 381 p.
- [13] LANOT Charles. *Médecin de campagne*. Versailles : Editions Illador, 2014, 164 p.

- [14] LEHMANN Christian. *Patients, si vous saviez... Confessions d'un médecin généraliste*. Paris : Robert Laffont, 2003, 299 p.
- [15] PERRÈVE Paul. *La Burle*. Romagnat : De Borée, 2004, 275 p (Terre de poche).
- [16] REVERZY Jacques. *Place des angoisses*. Paris : Flammarion, 1982, 122 p (Points).
- [17] SANLAVILLE Paul. *En Bourgogne, j'étais médecin à la campagne*. Vievry : Éditions de l'escargot savant, 2010, 272 p (Collection livres Bourgogne).
- [18] SERVIN Jean-Pierre. *Journal d'un médecin de campagne*. Paris : Publibook, 2004, 233 p.
- [19] VAN ESLANDE Jean. *Et vous, docteur, ça va ? Parcours d'un médecin généraliste*. Paris : L'Harmattan, 2012, 256 p.
- [20] VIEILLEDENT Georges. *Médecin de campagne, une vie*. Paris : Callmann Lévy, 2014, 247 p (Collection biographies, autobiographies).
- [21] Espace Français. *Genres littéraires, l'autobiographie* [en ligne]. (Modifié le 24 janvier 2013) Disponible sur : <<http://www.espacefrancais.com/l-autobiographie/> (consulté le 17/05/2017)> (Consultée le 17/05/2017).
- [22] AWATIF Beggar. L'autofiction : un nouveau mode d'expression autobiographique. *Revue-analyses* [en ligne]. Printemps-été 2014, vol. 9, n° 2. Disponible sur : <<https://uottawa.scholarsportal.info/ojs/index.php/revue-analyses/article/viewFile/1003/850>>
- [23] SALVATORE Ornella. *Histoire et évolution de la médecine générale en France à partir du XIX^e siècle*. Thèse de médecine générale. Paris : Université Paris 13, 2015, 109 p.
- [24] BUI-DANG-HA-DOAN Jean. Recherches socio-démographiques sur les médecins en France. *Population* [en ligne]. 1963, vol 18, n°4, p.715-734. Disponible sur : <http://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1963_num_18_4_10690>
- [25] SCHEXEYER François Xavier. Histoire et démographie médicales. *Adsp*. 2000, n°32, p.16-19.
- [26] Légifrance. *Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins* [En ligne]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000192992&categorieLien=id> (Consulté le 14/09/2017)

[27] REY Alain. Préventorium. In : *Dictionnaire historique de la langue française*. Tome 2. 4^{ème} édition. Paris : Le Robert, 2016, p.1858.

[28] REY Alain. Empathie. In : *Dictionnaire historique de la langue française*. Tome 1. 4^{ème} édition. Paris : Le Robert, 2016, p.773.

[29] EYDALEINE Claire. *La représentation de l'empathie pour les internes en médecine générale* [en ligne] Thèse de médecine générale. Paris : Université Paris Descartes, 2014, 128 p. Disponible sur : <<https://hal-descartes.archives-ouvertes.fr/dumas-01116642/document>>

[30] Haute Autorité de Santé. *Dépistage et prévention* [en ligne]. (Modifié le 31 août 2006) Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_410171/fr/depistage-et-prevention>

[31] Organisation Mondiale de la Santé. *Variole* [en ligne]. (Modifié le 25 septembre 2013) Disponible sur : <<http://www.who.int/topics/smallpox/fr/>>

[32] Haute Autorité de Santé. *Éducation thérapeutique du patient* [en ligne]. (Modifié le 13 novembre 2007) Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp>

[33] KIZILIAN Mélinée. *Illustration des valeurs du serment d'Hippocrate dans les personnages de médecins de la littérature française des XX et XXI^e siècles* [en ligne]. Thèse de médecine générale. Paris : Université Paris 6, 2010, 155 p. Disponible sur : <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/kizilian_these_serment.pdf>

[34] WIKIPÉDIA l'encyclopédie libre. *Loi Veil* [en ligne]. (Modifié le 19 septembre 2017) Disponible sur : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Loi_Veil>

[35] BOISSIN, ROUGEMONT. *Les certificats médicaux, règles d'établissement* [en ligne]. Conseil national de l'Ordre des médecins. Rapport session octobre 2016. Disponible sur : <<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/certificats.pdf>>

[36] MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE. *Circulaire DSS/MCGR/DGS no 2011-331 du 27 septembre 2011 relative à la rationalisation des certificats médicaux* [en ligne].

Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarité, n° 2011/10 du 15 novembre 2011.

Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-10/ste_20110010_0100_0056.pdf

Annexes

Annexes

Annexe 1 : le serment d'Hippocrate, traduction par Émile Littré, 1839

« Je jure par Apollon médecin, par Esculape, Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, et je les prends à témoin que, dans la mesure de mes forces et de mes connaissances, je respecterai le serment et l'engagement écrit suivant : Mon Maître en médecine, je le mettrai au même rang que mes parents. Je partagerai mon avoir avec lui, et s'il le faut je pourvoirai à ses besoins. Je considérerai ses enfants comme mes frères et s'ils veulent étudier la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je transmettrai les préceptes, les explications et les autres parties de l'enseignement à mes enfants, à ceux de mon Maître, aux élèves inscrits et ayant prêté serment suivant la loi médicale, mais à nul autre. Dans toute la mesure de mes forces et de mes connaissances, je conseillerai aux malades le régime de vie capable de les soulager et j'écarterai d'eux tout ce qui peut leur être contraire ou nuisible. Jamais je ne remettrai du poison, même si on me le demande, et je ne conseillerai pas d'y recourir. Je ne remettrai pas d'ovules abortifs aux femmes. Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans la pureté et le respect des lois. Je ne taillerai pas les calculeux, mais laisserai cette opération aux praticiens qui s'en occupent. Dans toute maison où je serai appelé, je n'entrerai que pour le bien des malades. Je m'interdirai d'être volontairement une cause de tort ou de corruption, ainsi que toute entreprise voluptueuse à l'égard des femmes ou des hommes, libres ou esclaves. Tout ce que je verrai ou entendrai autour de moi, dans l'exercice de mon art ou hors de mon ministère, et qui ne devra pas être divulgué, je le tairai et le considérerai comme un secret. Si je respecte mon serment sans jamais l'enfreindre, puissè-je jouir de la vie et de ma profession, et être honoré à jamais parmi les hommes. Mais si je le viole et deviens parjure, qu'un sort contraire m'arrive! »

Annexe 2 : article R.4127-4 du Code de la santé publique

« Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »

Annexe 3 : article 226-13 du Code pénal

«La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »

Annexe 4 : article L.162-2 du Code de la Sécurité sociale

« Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix, la liberté de prescription, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation... ».

Annexe 5 : article R.4127-56 du Code de la santé publique

« Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'ordre. Les médecins se doivent assistance dans l'adversité. »

Annexe 6 : article 225-16-1 du Code pénal

« Hors les cas de violences, de menaces ou d'atteintes sexuelles, le fait pour une personne d'amener autrui, contre son gré ou non, à subir ou à commettre des actes humiliants ou dégradants ou à consommer de l'alcool de manière excessive, lors de manifestations ou de réunions liées aux milieux scolaire, sportif et socio-éducatif est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende. »

Annexe 7 : article L1111-2 du Code de la santé publique

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus [...].

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. [...] »

Annexe 8 : article R.4127-36 du Code de la santé publique

« Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité [...] »

Annexe 9 : article L. 162-5-3 Code de la Sécurité sociale

« Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier »

Annexe 10 : loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Leonetti

Article L1110-5 du Code de la santé publique

« Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet

secondaire d'abrégé sa vie, il doit en informer le malade,[...] la personne de confiance [...], la famille ou, à défaut, un des proches. »

Article L1110-5 du Code de la santé publique

« Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Annexe 11 : article 5 R.4127-5 du Code de la santé publique

« Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Chaque médecin se doit de conserver une indépendance professionnelle. En se basant sur son jugement et ses connaissances scientifiques, le médecin sollicité a pour seul objectif l'intérêt premier du patient. C'est une condition essentielle de la confiance dans la relation médecin patient. Dans le cas du médecin généraliste, l'indépendance doit notamment se retrouver dans l'acquisition de ses connaissances médicales, mais aussi vis-à-vis de l'argent, du patient et de son entourage. »

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'François Goupy'. The signature is stylized with a large 'F' and a long, sweeping tail.

**Vu, le Directeur de Thèse
Professeur François GOUPY**

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**



NGUYEN Chloé Thi Tú Anh

133 pages – 1 tableau

Résumé :

Cette thèse propose d'aborder l'exercice de la médecine générale par le spectre original de témoignages de médecins écrivains. Pour ce faire, nous avons déterminé un corpus littéraire de vingt ouvrages auto fictifs et autobiographiques de médecins généralistes français du XX^e siècle. Leurs parcours professionnels permettaient de retracer l'évolution que la médecine générale a connue depuis la Seconde Guerre mondiale. Nous avons analysé les textes pour illustrer différents aspects de la pratique des généralistes touchant notamment à la formation et à la carrière professionnelle, au cadre de travail, au contenu de la consultation, à la relation entre le médecin et son patient, mais aussi à la place des médecins généralistes dans le système de soin en finissant par rappeler quelques aspects médico-légaux de la pratique. Ce travail en littérature nous a permis de broser le tableau d'une discipline médicale en mutation constante depuis les années quarante en s'appuyant sur les témoignages authentiques d'hommes et de femmes de terrain qui ont choisi l'écriture comme moyen de partage et de transmission.

Mots clés : médecins généralistes, récits autobiographiques, corpus littéraire

Jury :

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU

Directeur de thèse : Professeur François GOUPY

Membres du Jury : Professeur Hervé WATIER

Docteur Marie THOMAS

Date de soutenance : 7 décembre 2017