Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 30 mai 2018 à Poitiers
par M. François Jégou

L'humilité, quelle place dans la pratique du médecin généraliste ? Une étude qualitative

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur René Robert

Membres : Monsieur le Professeur Roger Gil

Monsieur le Docteur Pierrick Archambault

Directeur de thèse : Madame le Docteur Bénédicte Karabetsos

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation **(en détachement)**
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques **(surnombre jusqu'en 12/2017)**
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne **(émérite à/c du 25/11/2017)**
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie **(mission 09/2017 à 03/2018)**
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy **(disponibilité de 10/2017 à 01/2018)**

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- SIMMONDS Kevin, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne **(émérite à/c du 25/11/2017 – jusque 11/2020)**
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

« Accepter d'être ordinaire, c'est extraordinaire »

Christophe André

« J'apprendrai jusqu'à ce que je meure

Les imbéciles croient pouvoir dire qu'on a maîtrisé la chose

Moi je sais bien qu'on ne l'a jamais maîtrisée et qu'on aurait toujours pu faire mieux »

Ernest Hemingway

« Deux dangers contraires menacent tout artiste :

Le ressentiment et la satisfaction »

Albert Camus

Remerciements

A Monsieur le Professeur René Robert,
Vous me faîtes l'honneur de présider ce jury, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Roger Gil,
Vous avez accepté d'être membre de ce jury et j'en suis honoré. Merci pour votre soutien et vos conseils. Merci pour l'intérêt et le dévouement dont vous faites preuve dans la transmission de votre savoir.

A Monsieur le Docteur Pierrick Archambault,
Merci d'être présent pour juger mon travail. Les mois passés en stage avec toi m'ont aidé dans cette réflexion. Ils m'ont surtout permis d'approfondir la relation médecin-patient et d'élargir mon horizon de connaissance sur la médecine générale dont tu m'as transmis le goût.

A Madame le Docteur Bénédicte Karabetsos,
Merci de m'avoir proposé et accompagné activement dans ce travail. Tu m'as fait découvrir et aimé le soin des patients et je suis sincèrement fier et heureux d'avoir appris avec toi. Merci plus particulièrement pour ton soutien précieux durant ces années d'internat et celui de toute la famille.

Aux médecins généralistes qui ont accepté de réaliser ces entretiens. Vous m'avez donné de votre temps et partagé un peu de la richesse de votre pratique. M'entretenir avec vous a été un plaisir et une ouverture d'esprit.

A mes parents, mes 4 brothers, mes belles-sœurs et ma belle-famille espagnole pour l'amour que vous me transmettez et sans lequel je ne peux imaginer ma vie. Merci pour votre soutien et votre aide tout au long de ces années.

A mes amis de Bayeux de toujours, à la mif caennaise, aux rencontres d'ailleurs, à Bruxelles ou au Cameroun, aux collocs et co-internes du Poitou-Charentes et à la team Nozay grâce à qui ces années de formation, hier et aujourd'hui encore, m'apparaissent comme une fantastique aventure humaine.

A tous les soignants et membres des personnels hospitaliers rencontrés pendant ma formation, particulièrement pendant l'internat et notamment à l'équipe de Bressuire, merci d'avoir fait de moi le médecin et l'homme que je suis.

A mes grands-pères, pour tous les jours.

A Ana, pour ce merveilleux livre du quotidien, les pages passées et celles à venir.

PLAN DE LA THESE

INTRODUCTION 4

PREMIERE PARTIE : HISTOIRE ET APPLICATIONS DE L'HUMILITÉ 5
I. Historique de l'humilité 5
A. Une notion antique 5
1. Dans le monde grec 5
2. Dans le monde latin 6
B. Une notion religieuse 7
1. Dans la religion juive et l'Ancien Testament 7
2. Dans la religion chrétienne et le Nouveau Testament 7
3. Dans la religion musulmane 8
C. Evolution dans la pensée occidentale 9
1. Le Moyen-Âge 9
2. La philosophie moderne 10
3. La philosophie contemporaine 11
D. Définir l'humilité 12
II. Applications de l'humilité en médecine 13
A. L'humilité au fondement des principes éthiques de la relation au patient 13
1. Le respect de l'autonomie du patient 14
2. L'humilité dans le principe de bienfaisance 16
3. L'humilité dans le principe de justice 19
B. L'humilité dans les relations interprofessionnelles 20
1. Une aide relationnelle entre les soignants 21
2. L'humilité dans l'organisation d'une équipe de soins 22
3. Un cas particulier de relation interprofessionnelle : l'étudiant et le médecin 24
C. L'humilité du médecin dans le rapport à lui-même 25
1. Humilité devant la connaissance médicale 25
2. Humilité et connaissance de soi 26

DEUXIEME PARTIE : ÉTUDE QUALITATIVE 28

MATERIEL ET MÉTHODE 28
I. Objectifs 28
II. Choix et justification de la méthode 28
III. Constitution de l'échantillon 30
IV. Construction du guide d'entretien 31
V. Recueil des données 31
A. Date, lieux et circonstances des entretiens 31
B. Durée des entretiens 32
C. Matériel utilisé 32
VI. Analyse des données 32
A. Retranscription des entretiens 32
B. Mise en forme 32
C. Données statistiques 33
D. Analyse des entretiens 33

RÉSULTATS 34
I. Présentation de l'échantillon 34
A. Sexe 34
B. Âge 34
C. Caractéristiques professionnelles 34
D. Caractéristiques des entretiens 35

II. Analyse du verbatim 35
A. Dans la relation médecin-patient 36
1. L'humilité pour rééquilibrer la relation médecin-malade 37
2. L'humilité dans la patience et l'écoute 41
3. L'humilité pour une relation plus humaine 42
4. Des limites ou des risques à l'humilité ? 45
B. L'humilité dans les relations interprofessionnelles 49
1. L'humilité dans les rapports entre médecins généralistes 50
2. L'humilité entre médecins généralistes et médecins d'autres spécialités 52
3. L'humilité dans les rapports entre médecins et paramédicaux 53
4. L'humilité pour mettre le patient au centre du soin 56
C. L'humilité du médecin face à lui-même 57
1. L'humilité du médecin comme scientifique 57
2. L'humilité en médecine, une attitude éthique ? 63

DISCUSSION 67
I. Limites et Biais 67
A. Limites liées à la méthodologie qualitative 67
B. Biais de sélection 67
C. Biais de mesure lié à la subjectivité de l'enquêteur 67
D. Biais de prévarication 68
E. Biais de mémoire 68
F. Biais lié à l'interprétation 69
II. Force et impact de ce travail 69
A. Choix et originalité du sujet 69
B. Justification de la méthode 70
III. Discussion des résultats 70
A. Sur les caractéristiques de l'échantillon 70
B. Résultats de l'analyse 71
1. Une humilité déjà présente dans la pratique des médecins généralistes 71
2. Une humilité redoutée ? 74
3. Une humilité à développer 76
4. Réflexions personnelles....77

CONCLUSION 79
BIBLIOGRAHIE 81
ANNEXE – GUIDE D'ENTRETIEN 89

INTRODUCTION

La vertu d'humilité, oubliée durant plusieurs décennies dans notre monde de progrès, revient désormais régulièrement dans l'actualité. Dans de nombreux domaines (scientifique, politique, sportif…) les hommes et les femmes demandent de l'humilité c'est-à-dire, selon la définition du Littré, « une vertu qui nous donne le sentiment de notre faiblesse et de notre insuffisance » et qui s'oppose donc à l'orgueil. L'humilité nous permet donc de combattre un éventuel égo surdimensionné pour concevoir une position plus ajustée de notre place réelle dans le monde. Pourtant, au XXI^{ème} siècle, les médecins sont régulièrement critiqués et notamment en leur reprochant d'être imbus d'eux-mêmes et peu à l'écoute. Ce manque d'humilité est d'ailleurs dénoncé autant par les patients (1,2) que par les médecins eux-mêmes critiques vis-à-vis de leurs collègues (3,4).Pourtant, il semble que l'humilité soit une valeur réclamée par tous. L'apprentissage même de la médecine, oscillant entre des succès et des erreurs, semble donc obliger l'étudiant à pratiquer cet état d'esprit. Certaines universités comme celle de Manchester, au Royaume-Uni, ont même décidé de prendre en compte cette qualité humaine (parmi d'autres) au moment de sélectionner les étudiants en médecine (5).

L'idée de ce travail est donc venu de ce double constat : d'une part que l'humilité nous paraissait une valeur fondamentale en médecine (et notamment en médecine générale) ; d'autre part qu'elle était rarement évoquée en médecine à tel point que certains la considèrent comme manquante à de nombreux médecins. Si l'humilité est un thème régulièrement étudié en sociologie notamment depuis la fin du XXème siècle, nous disposons de peu d'études scientifiques sur sa place dans le monde médical. L'objectif principal de cette thèse est donc de se demander comment le médecin généraliste perçoit l'humilité dans la pratique de sa spécialité.

Mais avant d'aller plus en avant sur ce thème, il semble d'abord nécessaire de bien définir ce qu'est l'humilité, au travers d'un bref aperçu historique, et quelle peut être son application en médecine. Dans une seconde partie, notre étude vise à explorer les représentations que les médecins généralistes se font de l'humilité dans leur pratique au moyen d'une étude qualitative.

PREMIERE PARTIE : HISTOIRE ET APPLICATIONS DE L'HUMILITE

I. HISTORIQUE DE L'HUMILITE

A. Une notion antique

1) Dans le monde grec

Le grec ancien ne semble pas avoir de traduction littérale pour le mot « humilité ». Le terme de « tapeinophrosné » (ταπεινοφροσύνη) qui désigne littéralement la sagesse de l'abaissement n'est pas utilisé par les auteurs classiques et n'apparait vraiment qu'avec Paul de Tarse au Ier siècle de notre ère (6). La traduction du terme grec selon le dictionnaire Bailly donne plutôt le terme « ταπεινός » ou « μικροψυχία » (*micropsuchia*) qui signifie « peu élevé, insignifiant, misérable » et qui est à rapprocher de la notion de pusillanimité que l'on retrouve chez Aristote et Sénèque. Or, comme l'a bien montré Comte-Sponville, ce terme est utilisé péjorativement, par opposition à la magnanimité c'est-à-dire à la grandeur d'âme : c'est une estime mauvaise de soi (7).

On voit bien que la traduction littérale ne peut donc pas rendre compte de ce qu'est l'humilité puisque l'on aboutit à un réel contre-sens si on considère l'humilité comme une mauvaise estime de soi. Au contraire, la règle de la morale antique est en effet la connaissance de soi (la fameuse devise socratique « Connais-toi toi-même » inscrite au fronton du temple de Delphes) qui inclut la connaissance de ses limites (6). Ainsi, Aristote promeut la magnanimité car elle est pour lui le juste milieu entre deux excès : la vanité (croire que l'on peut faire de grandes choses alors qu'on est digne de petites) et la timidité (croire que l'on ne peut faire que de petites choses alors qu'on serait digne de grandes). Autrement dit, selon Aristote : « la vertu est le juste milieu entre deux vices » (8). Etre magnanime, c'est donc une juste opinion de soi : connaître sa grandeur et s'en montrer à la hauteur. Mais comme le souligne Adnès, cet « héroïsme moral » n'est pas à la portée de tous (6). Certains ne peuvent se juger dignes que de petites choses et effectivement ne pas pouvoir réaliser autre chose : c'est la modestie, qui est aussi tempérance et modération et donc vertu. Aristote la décrit donc comme la vertu des médiocres (8).

Du côté de la médecine, nous ne sommes donc pas surpris qu'Aristote n'incite pas les médecins à l'humilité puisqu'il décrit Hippocrate comme *Iatros, sophos, isothéos* c'est-à-dire

médecin, sage, égal des dieux (9). La vertu des médecins se rapproche donc surtout de la magnanimité : pouvoir de faire de grandes choses et conscience de ce pouvoir. Mais comme l'a très bien fait remarquer Monod dans sa thèse, cette sagesse du médecin n'est pas faite pour l'enfermer dans un savoir divin, inaccessible mais au contraire une invitation à un regard vers le bas, à utiliser ce savoir pour s'incliner vers le malade ; si le médecin est un sage, il est aussi un clinicien qui *descend* pour faire profiter aux hommes d'un savoir divin (10). Ainsi la médecine hippocratique, par la pratique de la vertu, ne perd jamais de vue son but ultime : « être utile ou du moins ne pas nuire » (11). Si elle n'est pas explicitement nommée et définit comme telle, on sent déjà que l'humilité est une attitude nécessaire à la médecine dès l'Antiquité à travers la vertu de magnanimité.

2) Dans le monde latin

Le mot humilité vient directement du latin *humilitas* qui dérive lui-même de *humus* (terre) et signifie donc ce qui est *humilis,* proche de la terre, peu élevé (12). Dans le latin classique, le mot est utilisé à la fois pour signifier la petitesse et le manque d'élévation de quelque chose mais aussi, la faiblesse des moyens ou l'insignifiance du caractère de quelqu'un (6). Le mot humiliation partage d'ailleurs la même racine latine : humilier quelqu'un c'est littéralement le rendre plus humble.

Là encore, l'utilisation du terme humilité dans le latin classique peut porter à confusion et il faudra donc attendre l'apparition du latin chrétien pour donner à l'humilité son sens vertueux. Pourtant, l'attitude humble, au sens où le monde moderne le comprend, n'est pas absente chez les Romains. Ainsi, Marc-Aurèle, pourtant dirigeant de l'un des plus grands empires du monde, écrit dans ses *Pensées* un aphorisme éclairant sur sa relation au monde et aux autres : «Que la force me soit donnée de supporter ce qui ne peut être changé et le courage de changer ce qui peut l'être mais aussi la sagesse de distinguer l'un de l'autre» (13). Dans cette attitude humble de l'empereur, conscient de ses limites mais aussi de ses forces, le rapprochement se fait tout de suite vers la sagesse, valeur chère aux philosophes antiques.

B. Une notion religieuse

1) Dans la religion juive et l'Ancien Testament

La religion, voyant l'homme comme une créature divine, donne à l'humilité une place essentielle. Dès le début de l'Ancien Testament (Genèse), l'orgueil de l'homme, voulant la connaissance absolue du bien et du mal pour devenir l'égal de Dieu, le condamne à la souffrance.

Les textes hébreux jouent sur un double sens. Le mot utilisé pour l'humilité peut être indistinctement *ani* (qui désigne littéralement la condition sociale pauvre) et *anaw* (représentant plutôt l'humble qui se couche volontairement devant Dieu) ; les deux mots dérivant de la même racine (6). La pauvreté/humilité libère d'abord des biens terrestres et place alors l'homme dans une disponibilité à Dieu (les Psaumes condamnent ainsi les richesses, biens ambigus qui éloignent de Dieu) ; elle prend aussi une connotation morale et spirituelle comme opposition à l'orgueil et voie vers la sagesse. Ainsi Ben Sirac (II$^{ème\ siècle}$) écrit « Mon fils, accomplis toute chose dans l'humilité, et tu seras aimé plus qu'un bienfaiteur. Plus tu es grand, plus il faut t'abaisser : tu trouveras grâce devant le Seigneur » (14)

2) Dans la religion chrétienne et le Nouveau Testament

Jésus, personnage central du Nouveau Testament, incarne cette notion d'abaissement (par exemple dans l'épisode du lavement des pieds). Son humilité s'exprime donc autant envers Dieu qu'envers les hommes, donnant ainsi une nouvelle dimension de fraternité entre les hommes (« Je vous le dis en vérité, toutes les fois que vous avez fait ces choses à l'un de ces plus petits de mes frères, c'est à moi que vous les avez faites » Mt.25, 40). (6) On retrouve aussi le rapprochement entre humilité et pauvreté, héritage du monde judaïque, par une analogie entre le matériel et le spirituel. L'humilité est montrée en exemple en tant qu'attitude du pauvre. Ainsi, selon les traductions des Béatitudes, on trouve « Heureux les pauvres » ou « Bienheureux ceux qui ont une âme de pauvre » (Emile Osty) « Bienheureux les humbles en esprit » (Mathieu) (15).

La nouveauté du monde chrétien est peut être de donner à l'humilité cette dimension d'esprit de service et d'accueil désintéressé qui ouvre la voie à une nouvelle fraternité entre les hommes (« Que chacun par l'humilité, estime les autres supérieurs à soi ; ne recherchez

pas chacun vos propres intérêts, mais plutôt que chacun songe à ceux des autres » Paul.2, 2-4)

3) Dans la religion musulmane

L'humilité est très présente dans le Coran et de nombreux textes de penseurs arabes. Comme pour les chrétiens, on retrouve cette double notion d'humilité : humilité envers son Créateur et humilité envers les hommes au sein de la Société. La notion de foi chez les musulmans est en effet rattachée à la soumission divine c'est-à-dire à la soumission à la vérité, bien illustrée dans le fameux « Inch'Allah » *(si Dieu le veut*). Le penseur Fudayl ibn 'Iyâd (VIII$^{ème\ siècle}$) déclarait ainsi « L'humilité est que tu te soumettes face à la vérité, même si elle provenait d'un enfant, ou d'une personne plus ignorante que toi». Dans sa thèse, Konaré cite ainsi la foi musulmane *(Iman)* comme l'acceptation de l'humilité face à Dieu, l'acceptation qu'il puisse tout accorder (16).

L'humilité est aussi un lien social comme refus de l'humiliation de l'autre : « Allah m'a révélé de vous ordonner l'humilité, afin que nul ne méprise un autre, et que nul n'opprime un autre » (Imam Iyâd ibn Himâr) (17).

On peut retrouver des applications de cette humilité dans la médecine arabe qui a considérablement influencé les avancées scientifiques au début du Moyen-Âge. Ainsi, El-Meimonide (XII^{ème} siècle), médecin disciple d'Averroès à Cordoue, s'intéressa notamment aux problèmes éthiques posés par les avancés de la science de l'époque et rédigea un équivalent de serment médical dont Soulier donne une belle traduction dans sa thèse sur les serments médicaux (18). A la fin de ce serment, sous forme de prière, on trouve l'extrait suivant : « Fais que je sois modéré en tout, mais insatiable dans mon amour de la Science. Eloigne de moi l'idée que je peux tout. Donne-moi la force, la volonté et l'occasion d'élargir de plus en plus mes connaissances ». On note donc ce double impératif de recherche et de soumission à une vérité qui dépasse l'égo du médecin ainsi que l'acceptation de ses propres limites. (Précisons toutefois que certaines sources historiques remettent en cause l'authenticité de ce texte, le datant plutôt du XVIII^{ème} siècle).

C. Evolution dans l'histoire de la pensée occidentale

1) Les pères de l'Eglise et le Moyen-Âge

Reprenant l'héritage évangélique, les pères de l'Eglise s'appuient sur l'orgueil pour définir l'humilité comme une attitude qui conditionne toute vertu. En effet pour Jean Chrysostome, l'orgueil est « la racine du péché » (In Joannem 9) ou pour Augustin « un amour pervers de soi-même » (in De Genesi ad litteram XI). Ainsi l'orgueilleux « est celui qui, de tous, s'ignore le plus lui-même » (Jean Chrysostome In Matthaeum 25). C'est donc par son antithèse, l'humilité, que l'on peut accéder à la connaissance de soi : elle n'est pas une dépréciation de soi mais une prise de conscience profonde de notre nature humaine (c'est-à-dire pour les pères de l'Eglise, à la fois comme pécheur mais aussi comme créature divine). Allant un peu plus loin, Jean Chrysostome remarque les pièges de l'humilité ; la volonté de faire le bien peut elle-même mener à une forme subtile d'orgueil : « Accumulez tous les mérites que vous voudrez, si l'humilité manque, tout se perd, tout est vain » (In Matthaeum 15). Ainsi on pourrait définir l'humilité comme « le fait de celui qui, ayant conscience d'avoir fait beaucoup de belles actions, n'en prend nullement une haute idée de lui-même » (in Sur l'incompréhensibilité de Dieu). (6)

Au Moyen-Âge, Bernard de Clairvaux développe l'image de l'échelle aux deux extrémités de laquelle se trouvent l'orgueil et l'humilité. L'humilité est le mouvement inverse de l'orgueil qui cherche à monter alors que l'humble de part sa traduction grecque (*tapeinosis*) est abaissement. Comme l'a bien montré Monod dans sa thèse (10), on dépasse là l'opposition entre orgueil et humilité car l'un est le parcours en négatif de l'autre. En réalité cette dialectique de la montée et de la descente n'a donc pas lieu d'être, car seul l'orgueil est à la fois chute et abaissement ; l'humilité, elle, doit plus se comprendre comme mise à l'écart de ce mouvement perpétuel, regard externe mais bienveillant sur ces variations.

C'est bien ce regard externe et bienveillant sur l'orgueil potentiel du médecin que propose l'école de Salerne, première « faculté » de médecine fondée en Europe et qui atteindra son apogée au XI-XII^{ème} siècle (19). Quelques ouvrages nous en sont parvenus comme cet extrait d'un poème en latin qui, après avoir vanté la puissance de la médecine, met en garde contre les limites permanentes : « La médecine, hélas! bornée en sa puissance, / Ne peut à l'infini prolonger l'existence;/ Gardien de la santé, l'art qui prévient le mal/ Retient l'homme

glissant vers le terme fatal. / Jour que ta vie atteigne à l'extrême vieillesse, / Sois vieux, avant le temps, par tes mœurs, ta sagesse. »(20)

2) La philosophie moderne

Pascal va plus loin en nous disant qu'il serait vain de chercher un juste milieu entre deux extrêmes ; si l'humilité est un abaissement, il est indispensable d'en connaître les raisons qui le rendent moralement nécessaire, de connaître sa place dans le monde, d'être dans une juste connaissance de soi-même. (10) « Il est dangereux de trop faire croire à l'homme combien il est égal aux bêtes, sans lui montrer sa grandeur. Il est encore dangereux de lui trop faire voir sa grandeur sans sa bassesse. Il est encore plus dangereux de lui laisser ignorer l'un et l'autre, mais il est très avantageux de lui représenter l'un et l'autre. Il ne faut pas que l'homme croit qu'il est égal aux bêtes, ni aux anges, ni qu'il ignore l'un et l'autre, mais qu'il sache l'un et l'autre » (*Pensées*).

Autrement dit, la place véritable de l'homme n'est ni « l'ange », ni « la bête », ni même un juste équilibre entre les deux mais en dehors de ces représentations ; c'est-à-dire en nous même. « L'abaissement véritable est une intériorisation » écrira ainsi Alain de Libéra pour traduire cette philosophie partagée par Maitre Eckhart (21).

En médecine, à l'époque, nous avons tous l'image (un peu plus tardive) des médecins vaniteux de Molière qui se ridiculisent par leur prétention à un savoir les plaçant au-dessus des autres hommes que ce soit Sganarelle (*le Médecin malgré lui*) ou Argan (*Le Malade imaginaire*)(22). Toutefois, il ne faut pas oublier qu'une médecine humaniste du XVIème siècle a réellement existé à l'image d'Ambroise Paré à qui on attribue la célèbre citation « je pansai, et Dieu le guérit », montrant bien que la place du médecin n'est ni dans l'incompétence ni dans la toute-puissance (23).

De ce regard lucide sur soi-même peut naître un certain désespoir. A la même époque, Spinoza pourrait ainsi paraître pessimiste en définissant l'humilité comme « une tristesse née de ce que l'homme considère son impuissance ou sa faiblesse » (*in Ethique, III*). Mais loin d'être désespoir, comme le montre Comte-Sponville (7), il faut y voir une occasion de dépassement de soi, de résistance à nos propres petitesses : l'humilité peut alors être comprise comme une énergie à devenir meilleur ; car Spinoza poursuit « Plus grande est la

tristesse, plus grande est la partie de la puissance d'agir de l'homme à laquelle elle s'oppose, par laquelle l'homme écarte cette tristesse » (in *Ethique, III*)

3) La philosophie contemporaine

Kant, reprenant ces idées, va encore plus loin en définissant l'humilité comme « une disposition sublime de l'esprit à se soumettre volontairement à la souffrance d'un examen de conscience sans complaisance qui, peu à peu, élimine la cause de ces défauts » (in *Critique de la faculté de juger*) : c'est-à-dire que l'humilité transcende l'homme et le conduit vers le sublime, débarrassé de ses défauts. Reste que si l'humilité apparaît alors comme un antidote à la dépréciation de soi, Comte-Sponville montre bien qu'elle risque de nous enfermer paradoxalement dans une haute idée de nous-mêmes, de cet homme moral parfait cher à Kant (7), dans une déontologie un peu froide pourrions-nous dire en médecine. Il paraît donc utile de rappeler, comme le fait Monod dans sa thèse (10), que l'humilité et le sublime sont un même mouvement pendulaire : l'un doit tendre vers l'autre et réciproquement.

D'une certaine manière, cette critique peut être partagée par Nietzsche pour qui l'humilité ne fait qu'entretenir la faiblesse et la servilité, « une vertu d'esclave dont les maîtres altiers et fiers n'ont que faire » (in *Par-delà le bien et le mal*). Pire, il peut même s'agir d'un renversement des valeurs qui transforme la faiblesse en mérite (7). Par exemple en médecine, on voit bien l'attitude de soumission volontaire adoptée par certains face à leurs supérieurs hiérarchiques pour en obtenir des faveurs, dans un jeu de renversement des pouvoirs (ou de certains patients vis-à-vis de leurs médecins *« je voudrais tel traitement mais je ne suis que le patient, c'est vous qui savez docteur »).* « Contre une réversibilité vindicative, toutes les colères de Nietzsche sont justifiées ! (…) A quoi bon mettre la hiérarchie la tête en bas si l'on rétablit le supérieur et l'inférieur en se contentant de permuter les titulaires » écrit ainsi Jankélévitch.

Ce dernier montrera bien que l'humilité véritable est dédaigneuse d'obtenir quoique ce soit d'un quelconque partage, de façon à s'opposer à toute forme potentielle de jalousie. Ainsi, l'humilité peut apparaître comme la tempérance de son propre orgueil et amour propre, l'opposé de la rivalité (10). L'humilité n'est pas seulement une prise de conscience de soi, elle est aussi lucidité, sincérité comme l'écrit Jankélévitch dans son *Traité des Vertus*

« L'impitoyable et lucide sincérité est pour le sincère une continuelle leçon de modestie ; et vice versa, la modestie favorise l'exercice de l'autoscopie sincère » (7).

En médecine, à la fin du XIX^{ème} siècle, à une époque où les progrès scientifiques donnent au médecin un pouvoir croissant, le célèbre médecin canadien William Osler n'hésite pas à inviter ses étudiants à cette introspection : « Acquérez l'art du détachement, la vertu de la méthode et la qualité de la perfection, mais par-dessus tout ayez la grâce de l'humilité » (24).

Aujourd'hui, l'humilité est un mot qu'on entend de plus en plus parfois en terme négatif (vue comme une faiblesse), plus souvent en terme positif (vue comme une force). De nombreux domaines s'y intéressent que ce soit par exemple le sport (25), la politique, le développement personnel (26) ... L'humilité semble donc encore une vertu d'actualité, réclamée par nombre de nos contemporains.

D. <u>Définir l'humilité</u>

Ce bref aperçu historique de l'humilité, étudié d'un point de vue généraliste, nous paraissait nécessaire pour tenter de définir ce qu'est l'humilité, notion pour le moins complexe. Plusieurs idées s'attachent donc à l'humilité :

1) Le sentiment de notre petitesse par rapport au monde et dans la société qui nous entoure, engageant à une position d'écoute et d'accueil d'autrui.

2) Une attitude par laquelle l'acceptation de nos faiblesses nous offre la possibilité d'une meilleure connaissance de nous-mêmes et d'une progression par un dépassement de soi.

3) Une disposition d'esprit lucide qui par la tempérance recherche l'équilibre auquel s'oppose la rivalité.

II. APPLICATIONS DE L'HUMILITÉ EN MÉDECINE

Si l'humilité est peu abordée en médecine, elle a déjà été étudiée dans les sciences sociales et en psychologie. Les chercheurs essayent notamment de mettre au point des échelles pour évaluer l'humilité selon des normes quantitatives reproductibles (HEXACO, CIHS…)(27–29). Certaines de ces échelles ont d'ailleurs été utilisées dans le monde médical, suggérant par exemple que l'humilité des médecins pourrait influencer positivement l'efficacité des traitements qu'il prescrit (30).

Toutefois, l'application et les spécificités de l'humilité dans la pratique de la médecine (et notamment de la médecine générale) sont encore peu étudiées. Quelques articles universitaires tendent à montrer un lien entre l'humilité et les principes éthiques fondamentaux de la médecine.

A. L'humilité au fondement des principes éthiques de la relation médecin-patient

La relation médecin-patient ou médecin-malade, fondement du soin, est en perpétuelle évolution. Une définition consensuelle actuelle serait de la présenter comme une rencontre entre deux individus, le médecin et le malade, dans le but d'une relation d'aide et d'échange, librement consentie et en théorie neutre et bienveillante. Elle repose sur une confiance et une écoute mutuelle (31).

D'autres auteurs ont cherché à définir cette relation médecin-patient selon différentes caractéristiques (32) :

- une relation fondée sur l'inégalité et l'asymétrie, puisque la demande du patient le rend dépendant et qu'il est diminué par sa souffrance
- une relation d'attente mutuelle puisque le malade attend la guérison (ou au moins le soulagement), tandis que le soignant attend une forme de reconnaissance de son pouvoir réparateur
- une relation où le sujet d'échange est avant tout le corps mais où la parole a sa place
- une relation de confiance non égalitaire, impliquant un juste équilibre

Cette relation, qui est en soi une action humaine, doit donc être conduite par une éthique du médecin qui repose sur trois piliers fondamentaux : le respect de l'autonomie du patient, la bienfaisance et le principe de justice (33).

1. Le respect de l'autonomie du patient : l'humilité pour rééquilibrer une relation asymétrique

Le principe du respect de l'autonomie du patient est une obligation, pour tout soignant, de respecter la volonté du patient reconnaissant qu'il est une personne libre et qu'on ne peut lui imposer une décision contre sa volonté. Ce principe s'oppose donc logiquement au paternalisme (34).

Plus que dans la guérison (cure), le travail du médecin se situe dans le soin (care). L'éthique du soin se fonde sur la notion de vulnérabilité : un sujet autonome (le malade) n'est pas autosuffisant mais toujours soutenu par d'autres sujets (parents, éducateurs, soignants…). Le soin vise à augmenter sa liberté au sein de cette relation d'interdépendance (34).Classiquement, dans le modèle paternaliste, la relation médecin-patient est présentée comme asymétrique : «c'est la rencontre d'une conscience et d'une confiance». Le malade demandeur est soumis (par exemple par sa position allongée lors de l'examen). Il présente un rôle passif. Le médecin quant à lui est détenteur de la connaissance: il se représente comme un médecin-technicien capable de guérir le malade (31). Il est ainsi physiquement et symboliquement debout lors de l'examen.

Au contraire, une attitude d'humilité du médecin consiste à informer son patient, se dépossédant ainsi d'une part de son pouvoir pour augmenter la liberté du patient, qui trouve ici un rôle actif, allié au médecin, pour favoriser le bon déroulement d'un projet thérapeutique (14). C'est dans cette optique que l'information se doit d'être «claire, loyale et adaptée au patient » (article 35 du Code de Déontologie Médicale). Toutefois, informer le patient ne signifie pas se décharger de la responsabilité de la décision en laissant le patient choisir seul : le médecin humble ne peut fuir sa responsabilité (35).

L'humilité est aussi fondamentale dans la recherche du consentement. Didier Sicard rappelle que, suite à la seconde guerre mondiale, le code de Nuremberg a institué la notion de consentement comme pierre angulaire de l'éthique médicale (33). Il rappelle qu'il existe une tentation pour le médecin de contourner ce consentement, par volonté de convaincre le patient ou de l'épargner. Un des écueils pouvant conduire à ce risque est la façon directive médicolégale de présenter un projet thérapeutique, plus comme une obligation qu'une approche respectueuse.

L'humilité du médecin a été définie par certains travaux comme un travail constant de modestie intellectuelle et d'ouverture d'esprit (28). C'est précisément cette ouverture d'esprit qui fait reconnaître au médecin la nature rationnelle du malade face à lui et qui fonde sa dignité intrinsèque. Reconnaissant cette dignité intrinsèque, le médecin se doit de rechercher humblement le consentement de son patient. Même lorsque le consentement est impossible (nouveau-né, personne démente ou inconsciente), l'humilité permet au médecin de toujours respecter la dignité du malade puisque celle-ci, selon le principe kantien, est intrinsèque à tout homme (34).
Le conseil de l'Ordre, dans ses rapports de commission rappelle l'importance de l'humilité dans ce nouveau partage des pouvoirs « Le partage du pouvoir, avec toute l'humilité qu'il impose, devra être enseigné à nos confrères » (M. Biencourt) (33).

Enfin, le médecin généraliste a aussi besoin de rester humble face à un patient parfois de plus en plus « sachant ». En effet, l'époque contemporaine voit aussi l'émergence d'un savoir du patient issu d'autre origine que l'information donnée par le médecin traitant. Certaines études tendraient à montrer qu'internet pourrait ainsi contribuer à transformer la relation médecin-patient en équilibrant une asymétrie initiale pour faire évoluer les rôles du médecin de l'expert vers l'éducateur et du patient vers l'acteur (37) même si la fiabilité de l'information émanant d'internet reste à discuter (38). La montée en puissance d'internet voit aussi l'arrivée d'associations de malades qui représentent une autre source éducative pour les patients (39). L'avènement des patients-experts, forts de la connaissance à la fois empirique et construite de leur maladie, remet aussi en cause ce pouvoir asymétrique détenu par le médecin. L'expérience semble montrer qu'une des réactions des médecins face à cette perte de pouvoir puisse être l'animosité voire l'agacement. A l'encontre, une attitude humble du médecin permet d'entamer de nouveaux dialogues et d'entamer une relation devenant non plus paternaliste mais informative ou délibérative (40). Cette adaptation, qui fait appel à l'humilité du médecin face à des situations toujours spécifiques, a déjà été théorisée par les médecins généralistes notamment dans le modèle de Botelho (41) où le médecin et le patient rentrent dans une approche négociée (pouvant aller de la passivité à l'autonomie du patient et du contrôle du médecin à la facilitation). Ce sujet soulève évidement de nombreux problèmes (manipulation de l'information, place grandissante des médecines alternatives…) et l'humilité ne doit pas conduire le médecin a

perdre sa crédibilité (40). Un étude menée chez des étudiants ergothérapeutes a ainsi montré que l'apprentissage avec des patients experts, sans remise en cause de la crédibilité des soignants, a permis d'améliorer l'humilité des professionnels et le respect de l'autonomie des patients (42).

2. L'humilité dans le principe de bienfaisance

Le principe de bienfaisance implique que le médecin reconnaisse l'aptitude du patient à évaluer son propre bien et qu'il respecte son point de vue (34). Or, selon Comte-Sponville « sans humilité, le moi occupe tout l'espace disponible et ne voit l'autre que comme objet » (7).

L'humilité du médecin s'exprime d'abord dans sa disponibilité. La disponibilité est un état de réceptivité, créé par l'humilité, qui rend capable d'accueillir l'autre et de l'écouter. Pour le médecin, être disponible nécessite la reconnaissance du patient comme un égal et l'accueil sincère en se libérant de ses autres préoccupations (43).

Le médecin humble est donc d'abord décrit comme celui qui sait écouter. Dans sa thèse sur les conflits médecin-patients en médecine générale, Carole Sarrazin indique que beaucoup de conflits sont liés à un manque d'écoute par manque de disponibilité des médecins. Au contraire, elle montre qu'un médecin compétent mais connaissant ses limites, c'est-à-dire humble, évite les conflits par sa disponibilité envers le patient (44). Cette écoute, qui n'est pas un temps d'absence du médecin, peut aussi être active avec des reformulations et des mises en contexte du discours du patient (45). Certaines études récentes vont aussi dans ce sens en suggérant que l'humilité du médecin améliore la qualité de la communication médecin-malade (46,47).

L'écoute sincère du patient est donc une action du médecin et non pas une attitude passive. Mais l'attitude du médecin influence aussi la relation au malade (il suffit de penser aux médecins orgueilleux de Molière pour s'en convaincre). Selon l'historienne Micheline Louis-Courvoisier, déjà sous l'Ancien Régime, l'habit du médecin était notamment regardé de près : l'habit du médecin doit être modeste (peur des critiques de ridicule) mais pas trop non plus (un excès de modestie pourrait signifier un nombre restreint de patients) (48) ! Aujourd'hui de nombreux patients insistent sur l'importance de l'attitude du soignant : une main sur une épaule, un sourire etc. peuvent parfois traduire toute l'humilité du médecin

dans cette ouverture à sa disponibilité. Le philosophe Alexandre Jollien, qui a beaucoup côtoyé le monde médical en tant qu'infirme moteur cérébral, résume ainsi le souvenir d'un soignant humble qui l'a beaucoup aidé : « sa présence comptait plus que ses actes » (49).

Cette écoute efficace du patient ne peut donc se faire qu'avec du respect (issu du latin *respicere* – regarder, voir vers). Dans le modèle d'approche centré sur le patient, théorisé par Carl Rogers, le respect suppose à la fois la reconnaissance sur le plan humain d'une égalité entre le thérapeute et le malade et aussi de la reconnaissance de l'autre dans son unicité et sa différence. Le respect, ainsi compris, implique donc dignité et humilité (45). Plus concrètement, selon Thorne, *« le vécu subjectif du patient est digne du plus grand respect même si à d'autres personnes, il parait bizarre ou mal fondé »* (50). Cela nécessite de l'humilité pour se mettre en retrait : pour être disponible, le médecin doit aussi parfois taire des certitudes scientifiques le temps de cet accueil afin de mieux s'imprégner des plaintes du patient (puis, dans un second temps, appliquer son savoir à l'ensemble des informations recueillies) (14).

Par exemple, des philosophes s'inspirant de l'éthique médicale de Spinoza n'hésitent pas à rappeler que les soignants ne doivent pas balayer d'un revers de main les interprétations que les patients expriment au sujet de leurs maladies : le malade qui perçoit son diabète ou son cancer comme une punition n'est peut-être pas disposé à ce qu'on lui réponde brutalement qu'il est victime de son imagination ; ce serait lui dire que sa maladie n'a pas de sens, ce qu'il n'est peut être pas prêt à entendre. Si l'idée qu'il se fait de son corps malade peut l'aider à trouver la force de guérir, qui peut la lui retirer sous prétexte que cette idée est fictive (51).

Ce respect du patient a été bien étudié par nos confrères anglo-saxons qui ont théorisé le modèle de l'humilité culturelle. Elle consiste à envisager sa propre culture d'un œil critique tout en cherchant à comprendre les autres avec respect, à reconnaître et à corriger le déséquilibre des forces, et à contribuer à des partenariats qui sont mutuellement avantageux et non paternalistes (52). Ainsi l'humilité du médecin lui permet de lutter contre ses propres idées préconçues et ses croyances personnelles notamment vis-à-vis de patients d'une culture différente et encore plus vis-à-vis des patients vulnérables (psychiatrie, gériatrie, pédiatrie ou médecine carcérale par exemple).

Toutefois, une disponibilité bien comprise se doit de poser un cadre et donc des limites. L'humilité du médecin lui permet aussi de ne pas attendre trop de reconnaissance de ses

patients même s'il s'en nourrit quand il les reçoit (44). Cette reconnaissance n'est donc pas recherchée par le médecin humble qui sait se retirer quand sa mission est terminée (14). Un autre écueil de la disponibilité peut être l'envahissement par des exigences non justifiées du patient. Comme nous l'avons vu, le médecin humble a une capacité à négocier (41) c'est-à-dire dans ce cas, à ne pas manquer de considération pour une plainte ou une demande du patient (même infondée) (14) mais sans céder aux demandes de bénéfices secondaires (44).

L'écoute et le respect du patient, dans les limites qui s'imposent, permettent de construire une relation basée sur la confiance. La confiance du malade pour son médecin est fondamentale dans le cadre du colloque singulier : confiance dans sa compétence, dans son écoute et dans le respect du secret qu'il lui confie (33). En retour, les patients attendent eux aussi que le médecin croit en leurs discours et en leurs perceptions de leurs maladies (53). L'aspect technicien du médecin peut bien sûr être un écueil à la construction de cette confiance : la médecine ne peut se résumer à un acte technique. Comme le dit Zarifian, *« le soin ne peut être réduit à un acte purement technique : il faut aussi de la foi, de la croyance »* (54). Croire en son patient, c'est lui faire confiance.

Un exemple intéressant a été étudié aux Etats-Unis : jusqu'où peut aller la confiance du médecin envers un patient consommateur d'opioïdes ? L'évaluation de la douleur étant subjective, il peut en découler une méfiance du médecin vis-à-vis de la motivation réelle du patient et, en retour, une méfiance du patient qui peut ne pas se sentir cru. Ce manque de confiance concerne d'autant plus les patients victimes de préjugés (que tout médecin a). Une des réponses de cette étude consiste à s'appuyer sur l'humilité du médecin pour d'une part reconnaître le savoir subjectif du patient, d'autre part accepter la limite de son domaine d'expertise et la faillibilité de son jugement (55).

Il paraît bon de préciser, encore une fois, qu'accepter sa faillibilité ne veut pas dire rejeter le savoir médical. Il s'agit plus de relire la relation médecin-patient en s'appuyant sur les connaissances (limitées) du médecin et le savoir (subjectif) du patient, pour construire une relation collaborative.

Faire confiance au patient demande de se concentrer sur lui en tant que personne humaine et non sur sa maladie, comme le souligne la prière de Maïmonide déjà citée (18) : *« Fais que je ne vois que l'Homme dans celui qui souffre »*. Trop souvent le médecin résume un patient à une maladie ou à un symptôme. Certains témoignages de malades vont dans ce sens : *«l'hospitalisation dépouille le patient de ce qui fait sa personnalité. Combien de fois ai-je été*

ainsi désigné, au gré des séjours, comme «l'amputation» *ou la* «néphrectomie » *? »* (56). Martin Winckler écrit ainsi qu'au-delà de l'individu, le médecin voit dans le patient un ensemble d'informations à analyser et à interpréter : le « patient idéal » serait celui qui répond précisément aux questions qu'on lui pose si possible en des termes figurant dans la grille sémiologique adéquate. Or ce type de patient peut se retrouver en médecine hospitalière (où le patient est particulièrement vulnérable) mais beaucoup moins souvent en médecine générale et libérale (57).

L'humilité du médecin lui permet de prendre du recul sur son savoir théorique pour rentrer dans le monde infiniment complexe de chaque patient : sa vision de la maladie, sa compréhension, sa représentation en fonction de son contexte social, de sa psychologie, de ses valeurs. Cela est particulièrement vrai dans le soin des patients poly-pathologiques où l'humilité aide la médecine à être plus humaine pour mieux comprendre les patients (58). Plusieurs auteurs suggèrent que la sensibilisation des étudiants à l'humilité pendant leur formation participe à former des médecins plus sensibles à la culture de leurs patients (59,60). Dans ce nouveau domaine des compétences psycho-sociales, certains médecins généralistes reconnaissent leur ignorance, mais aussi leur intérêt, cherchant humblement à améliorer leur capacité relationnelle dans un domaine auquel ils sont peu formés (61).

3. <u>L'humilité dans le principe de justice</u>

Dans la relation médecin-malade, la justice est l'obligation de répartir de manière équitable les ressources médicales, les bienfaits et les risques d'une conduite médicale. Elle implique l'équité, l'absence de stigmatisation et un souci de solidarité collective (34).

Cette vocation de la médecine à la justice implique donc la reconnaissance d'une dignité universelle de l'Homme. Or l'histoire de la médecine montre que la dignité intrinsèque des patients n'a pas toujours été respectée par les médecins que ce soit au travers d'exemples historiques comme l'eugénisme, promu notamment par le biologiste et prix Nobel Alexis Carrel durant la seconde guerre mondiale (62), ou plus récemment dans des débats sur le non-respect de la pudeur des patients (63). En dehors de l'Occident, certaines cultures sont ainsi très surprises de l'hétérogénéité des « postures » éthiques promues en Europe,

comprenant mal que celle-ci se réclame en même temps de l'universel (33). Cette position demande de l'humilité face à ce double impératif d'universalité et de diversité, avec un regard critique sur son propre point de vue. L'université d'Ottawa fait ainsi la promotion de l'humilité culturelle, c'est-à-dire d'une ouverture à l'apprentissage et au maintien de l'humilité dans notre approche aux patients (64). L'humilité comprend ainsi un désir de résoudre les iniquités de pouvoir et notamment de faire face aux perspectives qui peuvent être divergentes dans les relations médecin-patient. Cela s'applique particulièrement avec les patients les plus vulnérables. Un exemple concret de l'application de l'humilité culturelle a été illustré dans le soin des enfants migrants au Canada : le médecin doit se sensibiliser à la représentation culturelle de la maladie que se fait son patient (souvent différente de la vision occidentale) et examiner d'un œil critique ses propres croyances et préjugés afin de trouver une entente bénéfique à tous (65).

L'humilité peut ainsi être comprise comme un outil contre la stigmatisation des patients les plus vulnérables et une aide pour bâtir une relation médecin-patient plus solidaire (66), répondant au principe de justice de l'éthique médicale.

B. L'HUMILITE DANS LES RELATIONS INTERPROFESSIONNELLES

Les médecins généralistes travaillent de plus en plus en groupe au sein d'associations ou plus largement de réseaux de santé (67). Ces réseaux augmentent donc les interactions entre professionnels de santé et plusieurs recommandations ont été émises, notamment par la Haute Autorité de Santé, pour améliorer le travail en équipe (68–70).
Le travail en équipe est l'une des compétences du médecin généraliste : «travailler en équipe au sein du système de santé » était la 5ème des 11 compétences du médecin généraliste ; désormais, les compétences étant passées au nombre de 6, elle n'apparait plus aussi explicitement mais reste bien présente comme compétence transversale (71).
Une étude hospitalière, reprise par l'HAS (70) identifie 3 facteurs influençant la qualité du travail en équipe : les facteurs interactionnels, les facteurs organisationnels et les facteurs macro-structurels dépendant du système social (72). Ces trois facteurs peuvent faire appel à l'humilité du médecin.

1. Une aide relationnelle entre les soignants

Les facteurs interactionnels incluent la volonté de collaborer, la confiance mutuelle, la communication et le respect.

L'humilité des professionnels du soin motive leur volonté de collaboration. Des sondages menés auprès d'internes en médecine générale montrent que la majorité des futurs médecins souhaitent exercer en cabinet de groupe ou en maison pluridisciplinaire. De plus, la délégation de tâches médicales à d'autres professionnels de santé serait plébiscitée par 74% des jeunes médecins (73). Le transfert de compétences qui demande au médecin de se dessaisir d'une partie de leur activité (sans l'abandonner) semble donc avoir de l'avenir. Loin du médecin omniscient et omnipotent promu dans quelques programmes télévisés, l'humilité est une vertu recommandée par certains enseignants en médecine qui mettent notamment l'accent sur le travail en équipe en questionnant leurs étudiants : *« Pensez vous pouvoir régler les choses tout seul sans aide des autres professionnels ?* » (74).

L'humilité vécue au sein des équipes de soins permet aussi une meilleure communication et une confiance mutuelle, ce qui pourrait aider à lutter contre les erreurs médicales. Les erreurs liées au soin ne sont en effet pas toujours des erreurs individuelles mais aussi parfois des erreurs dans la prise en charge multi-professionnelle notamment liées à des problèmes de communication (75) : manque de transmission des informations, différents sur les buts et les méthodes appliquées, manque de confiance entre les professionnels… Une méta-analyse publiée en 2016, souligne les différences des formations dans la communication entre médecins et infirmiers comme une des causes des événements indésirables liés au soin. L'égo et le manque de confiance sont des entraves à la communication. Cette même étude recommande une sensibilisation accrue à l'humilité au cours de la formation des étudiants en santé pour améliorer les pratiques et rendre la communication plus efficace au sein d'une équipe (76).

Au final, dans le cadre des relations dans une équipe multidisciplinaire, l'humilité permet de travailler ensemble dans le respect des différents membres. Dans son *Code de déontologie médicale*, Louis René met en exergue de son travail une citation de Marcel Proust : *« Cottard, par déontologie, s'abstenait de critiquer ses collègues »* (Cottard était un neurologue et psychiatre français, ami du père de Marcel Proust). Louis René souligne par là l'importance d'un code de bonne conduite des médecins entre eux (77).

Le travail en équipe s'appuie bien sûr sur des compétences médicales issues d'un savoir scientifique mais aussi sur des compétences issues des sciences sociales. Face à un savoir médical croissant et non maîtrisable par une seule personne, des auteurs suggèrent que le travail en équipe doit être respectueux des différents points de vue. En effet l'humilité permet d'abord d'admettre que nous ne savons pas tout. L'humilité engage alors à la collaboration entre collègues, médicaux ou paramédicaux, pour enrichir les connaissances du médecin. Cela n'est possible que si ce travail se fait dans le respect du savoir de ses collègues qui peuvent transmettre des alternatives à proposer face aux problèmes que rencontre le médecin. L'humilité permet aussi de modérer d'autres sentiments qui peuvent nuire au respect de ses collègues tels le scepticisme, l'esprit de concurrence ou l'excès de confiance en soi (78).

Beaucoup de médecins reconnaissent ainsi que l'apprentissage de leur activité se fait par ce travail collaboratif et mettent ainsi en valeur leur respect pour le travail des autres membres de l'équipe médicale. Par exemple, récemment, Michel Cymes dans une émission télévisée : *« faire un plâtre, ne pas paniquer devant un patient quand je ne comprenais pas ce qu'il avait (...) J'avais éventuellement au téléphone un chef de service quand j'avais un problème, mais qui m'a appris? Qui m'a enseigné? Qui m'a transmis? Ce sont les infirmières* » (79).

2. L'humilité dans l'organisation d'une équipe de soins

Selon certains auteurs précédemment cités, l'organisation au sein d'une structure plate et décentralisée (en opposition à une structure traditionnelle hiérarchisée) facilite la prise de décision partagée et une communication plus ouverte conduisant à une réduction des risques liés aux soins pour le patient (72).

Les cabinets médicaux et les maisons de santé pluridisciplinaires se construisent précisément selon ce modèle décentralisé (ou plus exactement centralisé sur le patient) avec une « horizontalisation » des rapports permettant une meilleure connaissance et une valorisation du travail de chacun (80). Placer le médecin généraliste au sein d'une structure non hiérarchisée ne doit pas faire nier d'éventuels conflits ; mais contrairement au monde hospitalier, peu d'études se sont intéressées aux conflits entre médecins et paramédicaux dans le champ ambulatoire (81). Toutefois, une étude réalisée par des infirmières a décrit

une forte hiérarchie avec les médecins généralistes libéraux comme une barrière à la collaboration et au travail d'équipe (82).

Dans le même sens, d'autres auteurs semblent montrer que, face à un conflit dans une équipe de soins de premiers recours, faire preuve d'humilité permet de trouver des solutions au conflit sur le plan individuel. Ils recommandent aussi l'intervention de meneur d'équipe pour la résolution des conflits (83). En effet, les études s'intéressant aux problématiques du travail en équipe rapportent que la majorité des erreurs conduisant à la dégradation de la sécurité du patient sont aussi liées à des problèmes de *leadership* (70). De part sa position dans le soin et son rôle de prescripteur, le médecin généraliste se retrouve parfois en position, non pas de dirigeant, mais de meneur ou de *leader* (même si cette position peut être occupée par un autre membre de l'équipe, en pratique souvent l'initiateur du projet semble-t-il) (84). Or, pour être un *leader* efficace, le médecin doit pratiquer la remise en cause pour mieux se percevoir lui-même, dans ses forces et ses limites, au sein de l'équipe (85). Cette attitude nécessite donc l'humilité du *leader* d'équipe, qu'il soit médecin ou autre professionnel de santé.

Les enquêtes sur le terrain semblent aller dans ce sens. Par exemple, la création des maisons ou des pôles de santé avec des médecins généralistes montre bien que le *leader* est davantage un gestionnaire qu'un chef d'équipe (notamment parce qu'en milieu libéral, les professionnels restent attachés à leur liberté d'exercice) : « *Médecins, infirmiers, orthophonistes, kinés…formant un système horizontal, qui ne se veut pas pyramidal. On ne se prend pas pour un petit chef parce qu'on est médecin ».* Les réunions, formelles ou informelles, au sein de ces pôles de santé sont aussi promues pour maintenir un lien collaboratif non hiérarchisé : « *Ça permet de remettre ensemble les personnes et d'essayer de faire comprendre le fonctionnement de l'autre* » (86).

Surtout, l'humilité des soignants doit leur rappeler que l'organisation d'une équipe de soin se fait autour d'un but : le soin du patient. Une étude quantitative menée au Pays-Bas dans un centre de soins primaire montre que les réunions entre soignants s'articulent notamment autour de la notion de soins centrés sur le patient (87).

Cette approche centrée sur le patient, théorisée par Carl Rogers (45) fait pleinement partie des valeurs du médecin généraliste. Le médecin, sans oublier sa place, cherche à se mettre à la place de son patient, à entrer dans son univers et ses sentiments, en s'efforçant de les

voir sous le même angle que lui (principe de compréhension empathique). Ce «recentrage » sur le patient fait donc appel à l'humilité du médecin.

Il est nécessaire de régulièrement communiquer au sujet des buts poursuivis par l'équipe. Cela peut paraître évident mais le manque d'humilité face à ces évidences est une des causes des erreurs liées au soin dans les équipes médicales (70). Par exemple, la mise en place d'une *check-list* préopératoire dans les années 2000 à Boston, aux Etats-Unis a pu être très mal vécue par certains chirurgiens (n'acceptant pas ce qu'ils voyaient comme une surveillance de leurs infirmiers) : la mise en place de réunions interdisciplinaires a permis de rappeler l'intérêt supérieur du patient et d'accepter, avec humilité, la mise en place de ces *check-lists* (88).

3. Un cas particulier de relation interprofessionnelle : l'étudiant et le médecin

La médecine ne peut pas s'apprendre seulement qu'avec la théorie. Aujourd'hui, la médecine générale, en particulier, est aussi transmise au travers de différents stages et formations pratiques.

Une étude qualitative de sociologie réalisée chez des internes et des maîtres de stage en médecine générale décrit ainsi la rencontre de deux mondes de la santé : celui de l'interne issu d'une formation hospitalo-universitaire et celui d'un maître de stage qui s'auto-forme et travaille sur un terrain de soins primaires. Si cette rencontre peut générer des difficultés, elle peut aussi être riche de sens pour l'étudiant qui prend conscience de sa propre faillibilité et d'une humilité vis-à-vis de son savoir médical et du patient (89). Une étude comparable menée aux Etats-Unis mais dans différentes filières de soins (médecine, ergothérapie, pharmacie) montre que ce sont particulièrement les étudiants en médecine qui ont exprimé leur humilité devant la découverte du monde des soins primaires (90).

Certains auteurs insistent particulièrement sur la nécessité d'un enseignement lent et progressif, qui prend son temps. Cela semble particulièrement vrai pour le stage chez le praticien où l'étudiant est confronté à des cas pratiques et réels et non plus à des cas abstraits et théoriques, engendrant chez lui un sentiment d'humilité (91). Le fait d'être associé à un maître de stage qui partage lui-même ses questionnements et ses interrogations, sur un temps de plusieurs mois, transmet une vision de l'humilité à l'étudiant (92).

Par ailleurs, le fait de travailler avec un autre professionnel de santé entretient l'humilité du maître de stage : en se remettant lui aussi en cause (face aux questionnements partagés avec l'étudiant) et en se motivant ainsi pour rester à jour de ses connaissances (89,93).

C. L'HUMILITE DU MEDECIN DANS LE RAPPORT A LUI-MÊME

L'humilité est avant tout une valeur introspective qui renvoie le médecin à lui-même, à la fois en tant que médecin et en tant qu'homme ou femme.

1. L'humilité devant la connaissance médicale

Le médecin, de part sa formation, acquiert un savoir parfois important et dans des domaines variés. Toutefois la science médicale est en perpétuelle évolution et le volume des publications annuelles ne lui permet pas une connaissance exhaustive. Bien que savant, le médecin (et particulièrement le médecin généraliste dont le domaine d'expertise est si vaste) doit aussi reconnaître ses lacunes. En effet, de tous les médecins, le généraliste est celui qui est confronté au champ de connaissances le plus étendu, infini même, sa « spécialité » n'étant pas bornée *à priori* (94).

Admettre son absence de certitude peut parfois être difficile pour le médecin, particulièrement en face de son patient (95). En pratique, l'incertitude est particulièrement présente et étudiée en médecine générale puisqu'elle fait partie des compétences décisionnelles enseignées durant l'internat (71). L'humilité du médecin doit alors être double : d'une part reconnaître et accepter cette incertitude (qu'elle soit diagnostique, thérapeutique ou même relationnelle), d'autre part supporter le regard du patient à qui il avoue cette absence de réponse simple. En pratique, cette humilité permet ainsi au généraliste dans l'incertitude soit d'adresser son patient à un confrère spécialisé, soit de prendre le temps nécessaire à sa réflexion (validation ou invalidation de ses hypothèses) en accord avec le patient. Une étude qualitative montre notamment que le caractère du médecin est un des facteurs permettant la reconnaissance de l'incertitude (96).

Sans cette humilité des médecins, la médecine ne serait qu'une science suffisante incapable de se remettre en cause comme cela a malheureusement parfois déjà été le cas dans l'histoire (62,97). Ainsi, même si l'humilité peut paraître une attitude surprenante dans la médecine du XXI^{ème} siècle, le manque d'humilité reste un danger bien plus grand.

Mais cette reconnaissance de ces limites est aussi un appel à la progression.

Si l'humilité ne permettait que l'acceptation de ses limites, elle pourrait conduire à un manque de confiance en soi. Pourtant humilité et confiance en soi ne sont pas vues comme des attitudes contradictoires (14) car face à cette lucidité sur son savoir, l'humilité du médecin le conduit à se renforcer pour progresser. L'humilité est donc une volonté qui motive l'obligation déontologique de formation continue : *« Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu »* (article R.4127-11 du code de la santé publique).

La difficulté de la mise en place de formation continue pour certains médecins montre bien combien l'humilité introduit un changement culturel dans un monde médical plus habitué à l'arrogance. Ce changement devrait inciter à créer des environnements d'apprentissage où les questions et les points de vue alternatifs sont encouragés (97). Dans cette même optique, Dagognet a fait dans l'article « erreur » du dictionnaire de la pensée médicale une suggestion qui mérite attention *« pour le bien de la santé devrait être enseigné dans les facultés, l'ensemble des erreurs les plus fréquentes tant des médecins que de la médecine »* (56).

Face à ces changements de pratique mais aussi face aux changements voulus par la société, la médecine, plus humble, ne peut donc se passer de réflexion éthique. Comme le rappelle Sicard, cette réflexion reste un questionnement incessant qui ne peut se baser que sur l'incertitude d'avoir raison, la confrontation des points de vue divers respectant la pluralité. Si l'humilité est une lucidité, elle doit se nourrir d'une réflexion incessante venant d'horizons divers (98).

2. Humilité et connaissance de soi

Face à l'acceptation des limites de son savoir et aux difficultés humaines exprimées par ses patients, l'humilité du médecin s'exprime dans la reconnaissance des limites des paradigmes médicaux (43). En effet, pour réaliser sa mission altruiste, guidé par le bien du patient, le médecin a aussi besoin de se connaître lui-même, en dehors de sa fonction de médecin, mais bien en tant qu'homme ou femme.

A l'heure où les médecins généralistes sont moins nombreux face à une demande croissante de soins de la part de la population, de nombreux médecins décrivent un épuisement émotionnel (99). Les études confirment que l'état émotionnel du soignant peut influer sur le

soin du patient. Certains médecins blogueurs décrivent très bien ces émotions négatives ressenties face au stress, à la fatigue, à l'incertitude, aux demandes des patients… (100).

Face à ces difficultés qui mettent en jeu la qualité du soin, ils proposent parfois des techniques pour mieux connaître leurs propres sentiments et réagir de façon appropriée. Dans le même sens, certaines études montrent bien que pour réduire les risques liés aux émotions du médecin, une formation aux compétences émotionnelles devrait être mise en place. Cette formation permettrait aux médecins d'avoir une meilleure conscience d'eux-mêmes et de comprendre leurs réactions avec humilité (101).

Au-delà du soin, la connaissance de soi-même acquise avec humilité permet au médecin de se protéger lui-même et de progresser en tant qu'humain.

La prévalence des syndromes d'épuisement professionnel semble augmenter chez les médecins généralistes avec des chiffres variables de 22% à 43% (102,103). Un des déterminants à l'évitement du *burn-out* pourrait être le soutien psychologique, grâce à une meilleure connaissance de soi. Peu d'études se sont intéressées à l'humilité en prévention du *burn-out* mais il semblerait que l'humilité soit négativement corrélée à l'épuisement émotionnel (104). Elle permettrait aussi de diminuer l'angoisse des médecins tout en favorisant leur épanouissement personnel (105). Il semble donc que l'humilité du médecin pourrait l'aider à se prémunir des risques liés à un travail exigeant.

Dans son travail, certains enseignants conseillent au médecin de pratiquer l'introspection qui lui offre une meilleure conscience de lui-même. Avec une meilleure connaissance de lui-même, le médecin alimente à la fois son humilité mais aussi sa confiance. Cela demande du temps, de la prise de recul, de la lucidité sur ses faiblesses, de la volonté d'apprendre continuellement et de travailler ses relations humaines (106). Ainsi comprise, l'humilité est un équilibre avec la confiance en soi, *« une humble opinion de sa propre importance »* (107).

DEUXIEME PARTIE ETUDE QUALITATIVE

MATERIEL ET METHODE

I. OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude est de rechercher et décrire le sens et la perception des médecins généralistes sur l'humilité dans le cadre de leur pratique.

Les objectifs secondaires sont de voir si l'humilité a sa place dans la pratique de la médecine générale et de quelle façon.

II. CHOIX ET JUSTIFICATION DE LA MÉTHODE

L'étude que nous avons réalisée est une étude qualitative par entretiens semi-dirigés s'adressant à des médecins généralistes installés en secteur libéral. Nous avons cherché à comprendre la place qu'ils donnaient à l'humilité au travers des représentations et par l'analyse qu'ils en faisaient.

L'approche qualitative par entretien nous a semblé la méthode la plus appropriée pour réaliser ce travail. L'entretien semi-dirigé permet à la fois la création d'un discours plus libre ainsi qu'une interaction entre les participants et l'enquêteur, contrairement au questionnaire (selon le principe *« mieux vaut écouter qu'interroger »* Le Play, 1862).

La recherche qualitative ne s'oppose pas à la recherche quantitative mais la complète notamment dans des champs de connaissances difficilement explorables par les méthodes quantitatives comme les comportements humains, les habitudes et les sentiments. Ainsi la recherche qualitative ne cherche pas à mesurer ou quantifier mais à effectuer une démarche interprétative à partir de données verbales (108). Nous avons donc utilisé ce type de recherche selon une méthode de phénoménologie, le but de l'étude étant de comprendre le sens que pouvait donner les médecins généralistes à l'humilité dans leurs pratiques quotidiennes en s'appuyant sur leur expérience (109).

Le recueil de ces données verbales peut s'effectuer par entretien individuel ou par discussion de groupe (focus-group). L'entretien individuel consiste en une conversation en tête-à-tête entre un investigateur (interviewer ou enquêteur) et un participant à l'étude

(interviewé) générant un discours qui est le prolongement de l'expérience concrète de l'interviewé et sans classement à priori des éléments déterminants (110). Par opposition, le focus-group est une discussion de groupe, modérée par un animateur neutre en présence d'un observateur, ayant pour but de collecter des données en s'appuyant sur la dynamique de groupe (111). Nous avons préféré l'entretien individuel, plus propre à créer un climat de confiance et permettant de recueillir des témoignages détaillés et individualisés. L'assurance pour chaque participant d'avoir un espace de parole satisfaisant et anonyme permettait de recueillir un maximum de diversité dans les réponses. Au contraire, le focus-group risquait plus de rencontrer des facteurs de résistance et des mécanismes de défense notamment sur des aspects potentiellement bloquant de la discussion telles que les émotions. Il risquait aussi l'enfermement de la discussion dans un discours « socio-culturellement correct » impropre à relever les oppositions et les freins potentiels que nous recherchons. Enfin les difficultés d'organisation auraient pu constituer des groupes biaisés (seuls les médecins motivés et disponibles auraient répondu) (111).

L'entretien peut être directif, semi-directif ou non-directif. L'entretien semi-directif permet de vérifier des hypothèses et d'illustrer des théories en apportant un réservoir d'anecdotes et d'opinions. Il s'agit de recueillir des témoignages à la fois individualisés et détaillés pour mieux entrer dans le domaine des pratiques et des représentations individuelles. L'entretien semi-directif permet un rapport suffisamment égalitaire pur que l'interviewé ne se sente pas, comme dans un interrogatoire, contraint de donner des informations (c'est-à-dire une réponse ponctuelle à une question directe). Il apporte plutôt une réponse « discours » suite à une intervention indirecte de l'intervieweur (110). Nous avons donc choisi cette méthode particulièrement adaptée au sujet. L'intervieweur peut donc obtenir de chaque entretien deux éléments fondamentaux : des informations sur ce qu'il cherche à priori et des données auxquelles il n'avait pas pensé.

Un guide d'entretien a donc été réalisé pour structurer l'entretien mais sans le diriger, au contraire d'un questionnaire. De fait, toutes les questions proposées dans ce guide n'ont pas été forcément posées à chaque entretien et pas nécessairement dans l'ordre indiqué. De plus, le guide évolue au fur et à mesure des données collectées lors des entretiens déjà réalisés (112).

III. CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON

Une étude qualitative porte le plus souvent sur un échantillon restreint d'individus afin d'analyser en profondeur le discours de chaque personne interrogée. Dans une étude quantitative, de façon générale, plus l'échantillon est grand et représentatif, plus l'étude est fiable et statistiquement significative. Au contraire, dans l'étude qualitative, la question du « combien » importe moins que la question du « comment » et « pourquoi ». La taille de l'échantillon se définit donc par différents critères :

- la recherche d'une population plus caractéristique que représentative(112)
- la recherche d'une population variée (pour assurer la diversité des opinions et points de vue)
- la saturation du modèle (c'est-à-dire le moment où les informations recueillies sont redondantes et n'apportent rien de nouveau au sujet) (113).

La population de cette étude a donc été exclusivement constituée de médecins généralistes en exercice pour ancrer le discours dans des situations récentes et limiter le biais de mémorisation. Le souci de diversification de l'échantillon a guidé le choix des participants (afin d'obtenir une plus grande variété de réponses pour enrichir les données).Nous avons réalisé un échantillonnage raisonné constituant à sélectionner des enquêtés considérés comme typiques de la population des médecins généralistes. Le mode de sélection a été basé sur le réseau professionnel de l'auteur et les recommandations des participants (méthode de proche en proche).

Le nombre d'interviewés à inclure a été déterminé par la méthode de la saturation qui consiste à inclure de nouveaux participants jusqu'à ce que les informations recueillies n'apportent plus de données nouvelles lors de trois entretiens consécutifs.

Le mode d'accès avec les participants a été fixé par contact téléphonique ou rencontre en face-à-face. Il n'était pas précisé le motif exact du travail de thèse afin de ne pas occasionner de recherche ni d'orienter les futurs propos. Les entretiens n'étaient pas indemnisés.

IV. CONSTRUCTION DU GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien n'est pas un questionnaire mais une liste de thèmes que l'enquêteur aborde avec des thèmes principaux et secondaires. Le guide a été initialement élaboré à partir des données de la littérature et des objectifs de l'étude. Les thèmes principaux étaient l'exploration de l'humilité dans la relation médecin-patient, l'exploration de l'humilité dans le rapport entre professionnels de santé, l'humilité dans le rapport à soi-même. Ces différents thèmes devaient être connus de l'investigateur sans qu'il ait besoin de consulter visuellement le guide pour assurer une meilleure qualité de l'entretien.

Avant de commencer l'étude, nous avons réalisé des « entretiens-test » avec deux médecins volontaires afin d'évaluer la pertinence et la compréhension du guide d'entretien. Le guide s'est aussi modifié et enrichi au fur et à mesure des entretiens selon les réponses apportées. Une consigne de base a été définie. Nous demandions à chaque médecin de nous raconter son choix de s'orienter vers la médecine générale. Cette introduction permettait de créer un climat de confiance en montrant un intérêt pour l'histoire personnelle de l'interviewé. Elle permettait aussi généralement d'introduire l'importance des relations humaines dans la pratique médicale.

V. RECUEIL DES DONNEES

A. Dates, lieux et circonstances des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre le 29 septembre et le 14 décembre 2017 par le même interviewer. Ils se sont déroulés au cabinet médical des médecins enquêtés ou à leur domicile, en face à face. Le sujet était alors clairement expliqué, ainsi que la fonction de l'intervieweur et le but de l'étude. Il était précisé le caractère anonyme et confidentiel des entretiens. Les enquêtés donnaient leur consentement oral pour l'entretien et leur enregistrement par dictaphone ou par informatique. Certaines données ne figurant pas sur les enregistrements audio ont été recueillies sur le carnet d'entretien.
L'objectif était de guider le discours pour répondre à des hypothèses construites en relation avec un système cohérent d'interrogations (110).

B. Durée des entretiens

Les entretiens qui étaient prévus pour une vingtaine de minutes chacun ont duré entre 14 et 32 minutes avec une durée moyenne de 21 minutes et 22 secondes. Ce temps paraissait à la fois compatible avec le recueil d'un nombre de données suffisantes et avec le planning de rendez vous des médecins interrogés.

C. Matériel utilisé

L'enregistrement a été réalisé par enregistrement numérique sur dictaphone ou par enregistrement direct sur ordinateur avec le logiciel Audacity®. Les entretiens ont ensuite été retranscrits mot-à-mot pour rester fidèle au discours exact des participants et ne pas modifier le sens des entretiens. Les retranscriptions ont été vérifiées par l'auteur mais non soumises aux participants.

VI. ANALYSE DES DONNÉES

A. Retranscription des entretiens

Les entretiens ont tous été retranscrits de manière manuelle par l'interviewer, sans logiciel de reconnaissance vocale. Les textes ont été écrits avec le logiciel Microsoft Word® édition 2016. Les retranscriptions ont été faites le plus rapidement possible après la réalisation des entretiens (entre 1 et 6 jours).

B. Mise en forme

Un saut de ligne a été réalisé après chaque intervention de l'interviewer (surlignée en gras). Les remarques en italique ont été ajoutées pour décrire les évènements ou les attitudes qui pouvaient avoir lieu pendant l'entretien. Les hésitations ont été retranscrites sous forme de point de suspension.

C. Donnés statistiques

Nous avons réalisé des statistiques concernant l'échantillon des médecins ayant répondu aux entretiens concernant leurs caractéristiques sociales (âge, sexe), professionnelles (date d'installation, mode d'activité…) ainsi que sur les données générales des entretiens (lieu, durée).

D. Analyse des entretiens

Les entretiens ont tous été analysés par l'interviewer. Cette analyse a été effectuée à l'aide d'un logiciel d'analyse d'entretien qualitatif (QDA Miner Lite®). L'analyse thématique permet de découper de façon transversale ce qui se rapporte à un même thème d'un entretien à l'autre. Les entretiens ont été lus les uns après les autres pour déchiffrement structurel, ce qui a permis d'en dégager des thématiques communes. Les entretiens ont ensuite été découpés par fragments, classés par catégories et thèmes (114).

Les thèmes et la grille d'analyse sont établis à partir de la lecture des entretiens. Une triangulation des données a pu être réalisée sur deux entretiens pour réduire la subjectivité de l'analyse. Ces deux entretiens ont été transmis à un deuxième investigateur qui a effectué une deuxième analyse sans avoir pris connaissance de la première. Les données issues de ces deux codages ont été comparées pour vérifier l'adéquation entre les deux analyses.

RESULTATS

I. PRESENTATION DE L'ECHANTILLON

Au total, 11 entretiens ont été réalisés avec saturation des données. Tous les médecins interrogés étaient médecins généralistes installés travaillant tous principalement en milieu libéral (certains pouvaient avoir une activité salariée annexe).

A. Sexe

Cinq femmes et six hommes ont participé aux entretiens soit une proportion de respectivement 45% et 55% des interrogés.

B. Âge

Les enquêtés avaient entre 32 et 66 ans. L'âge moyen était de 48 ans avec une répartition comme suit :

- entre 30 et 40 ans : 4 soit 36% des interrogés
- entre 40 et 50 ans : 2 soit 18% des interrogés
- entre 50 et 60 ans : 3 soit 28% des interrogés
- plus de 60 ans : 2 soit 18% des interrogés

C. Caractéristiques professionnelles

La enquêtés étaient tous installés en tant que médecin généraliste libéral depuis une durée variant de 1 à 39 ans avec une durée moyenne de 15 ans.

La majorité des médecins interrogés travaillait en groupe, soit au sein d'un cabinet de groupe (n=5) soit au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire (n=4). 2 médecins travaillaient seul, au sein d'un cabinet personnel.

Les enquêtés travaillaient soit en milieu rural, défini par une ville < 2 000 habitants (n=2), soit en milieu urbain, défini par une ville>20 000 habitants (n=5) soit en milieu semi-urbain (n=4).

Les enquêtés ont déclaré faire entre 15 et 35 actes par jour avec une répartition comme suit :

- entre 15 et 20 patients par jour : 1 soit 9 % des interrogés

- entre 20 et 25 patients par jour : 4 soit 36% des interrogés
- entre 25 et 30 patients par jour : 5 soit 46% des interrogés
- plus de 30 patients par jour : 1 soit 9% des interrogés

D. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont majoritairement été réalisés au cabinet des enquêtés sauf 2 qui ont été réalisés au domicile de l'enquêté pour commodités personnelles.
La durée totale des entretiens était de 3 heures et 55 minutes. L'entretien le plus court a duré 13'55'' et le plus long 32 minutes avec une durée moyenne de 21'22''.

II. ANALYSE QUALITATIVE DU VERBATIM

Sur les 11 médecins interrogés, tous ont déclaré se sentir concernés par l'humilité dans l'exercice de leur pratique. La majorité évoquait spontanément l'humilité dans leur savoir scientifique comme une conscience des limites de leur savoir diagnostique ou thérapeutique (n=8).
« Si, ça peut être une forme de l'humilité. C'est d'abord ça pour moi, tu vois : savoir reconnaitre aussi, qu'on ne sait pas tout, qu'on peut faire des erreurs » (Entretien 1)

Beaucoup évoquaient aussi spontanément l'humilité par rapport à leur patient (n=4) soit pour reconnaître un pouvoir propre au patient, soit pour exprimer sa proximité avec ses patients.

« Moi, je ne suis pas du tout issu d'un milieu de médecin, je suis d'un milieu plus modeste, donc peut être que c'est pour ça. (…) Donc la population d'ici je la connais bien et elle correspond à mes grands-parents, à mes parents, donc voilà je me retrouve tout à fait dans cette population là, ça me va très bien et je pense que les patients le ressentent aussi. Donc l'humilité oui » (Entretien 6)
Certains évoquaient aussi l'humilité dans leurs rapport à eux-mêmes c'est-à-dire dans une meilleure connaissance d'eux-mêmes au fur et à mesure de leur progression (n=4).
« Et puis dans notre carrière, on a des difficultés, on ne réussit pas toujours très bien, ce n'est pas toujours si bien que ça. On se trompe un peu donc on se dit qu'on n'est pas si

extraordinaire que ça quand même (sourit)*. Je trouve qu'on est bien obligé par la force des choses de se voir tel que l'on est ! Et ça nous remet à notre place »* (Entretien 3).

Enfin, un seul médecin a spontanément évoqué l'humilité par rapport à son travail collaboratif avec les autres médecins et les paramédicaux.

A. Dans les relations médecin-patient

Dans une première partie, les médecins étaient interrogés sur leur relation médecin-patient. Aucun médecin n'a demandé à spécifier le terme « relation médecin patient ». Aucun médecin n'a déclaré ne pas se sentir concerné par l'humilité dans ses rapports avec ses patients. Nous proposons ici une synthèse des réponses

PLACE DE L'HUMILITE DANS LES RELATIONS ENTRE PATIENTS ET MEDECINS	Occurrence
REEQUILIBRER LA RELATION MEDICALE Lutter contre l'orgueil du savoir médical Reconnaissance du savoir du patient Rendre au patient un rôle d'acteur central dans le soin Chercher l'équilibre dans la relation	11
PERMETTRE LA PATIENCE DU MEDECIN ET L'ECOUTE DU PATIENT Donner au patient un temps de consultation suffisant Ecouter toutes les plaintes du patient	7
RENTRER DANS UNE RELATION HUMANISTE Utiliser l'humilité comme outil relationnel Adapter son langage pour expliquer Une dimension bienveillante Un travail collaboratif entre médecin et patient	11
DES LIMITES ? Par rapport au médecin Par rapport au patient	10

1) L'humilité pour rééquilibrer la relation médecin-malade

La majorité des médecins ont exprimé une évolution de cette relation dans le sens d'une plus grande proximité du médecin envers son patient. Les termes « équilibre » (n=4), « balance » (n=3) ont été notamment régulièrement utilisés dans les entretiens.

a) une lutte contre l'orgueil du médecin sachant

La majorité des médecins ont critiqué la position paternaliste de certains confrères associés aux mots « hautain » ou « prétentieux ». Beaucoup ont décrit cette relation comme ancienne et peu adaptée aux rapports humains d'aujourd'hui.
« Ce n'est plus le médecin qui est omniscient, ce n'est plus la relation parent-enfant, c'est la relation adulte-adulte. En tout cas, on tend vers ça » (entretien 11).

Cet orgueil du médecin a pu être décrit concernant le savoir du médecin. Tous les médecins ont donc insisté sur le besoin de reconnaître les limites de leurs connaissances scientifiques.
« On nous a longtemps dit « le médecin, c'est celui qui sait » et je trouve que moi maintenant ça ne me pose aucun souci de dire à mes patients « je ne sais pas ». Donc voilà, au moins sur le savoir : je ne sais pas, je vais me renseigner » (entretien 6).

Trois médecins, en plus de l'orgueil que peut procurer le savoir, ont aussi critiqué l'attitude que renvoie un médecin manquant d'humilité.
« Ça c'était l'image du médecin il y a 25-50 ans. Moi je revois un médecin que j'ai très peu connu (…) qui travaillait dans le village (….). C'était un grand, d'abord, il était très grand, très imposant et on me disait « quand Dr X… venait à la maison, on avait la trouille ». Et en fait il était hyper imposant, hyper directif et y'avait ça. Et aujourd'hui je pense pas du tout. Je pense qu'on ne place pas le médecin, enfin la plupart de gens, ne le placent pas sur un piédestal, loin de là » (entretien 7).

Deux médecins ont aussi insisté sur leur « petitesse », voire leurs fragilités visibles par les patients.

« Donc en fait je me suis dit [que je pourrais devenir] un petit généraliste pourquoi pas ! » (entretien 8).

« L'humilité ? C'est quelque chose qui me correspond assez bien je pense… Je ne me sens pas, je me sens pas comme un caïd c'est-à-dire je ne me sens pas toute-puissante dans ce que je fais (…) Dans ce sens là, je pense que je me sens plutôt humble dans ma pratique. Je me sens un peu petite » (entretien 5).

Au-delà du relationnel, deux médecins ont aussi parlé de réajuster leur position de soignant en acceptant notamment de ne pas être celui/celle qui guérit mais parfois simplement celui/celle qui assiste.

« Ça c'est des consultations où je suis obligé de faire preuve d'humilité (…) les patients qui expliquent comment ils ont fait pour aller mieux sans nous en fait ! » (entretien 3).

b) une reconnaissance du rôle actif du patient dans la relation

Cette reconnaissance des limites du médecin dans la relation thérapeutique avec son patient a aussi amené les médecins à parler de la place importante qu'ils accordent au patient dans cette relation. Cette importance a été décrite comme la reconnaissance d'une forme de pouvoir du patient qui oblige le médecin à descendre d'un « piédestal » (terme revenu dans 3 entretiens).

Plusieurs médecins ont ainsi insisté sur le fait que le patient est évidement bien placé pour connaître sa maladie de part son expérience passée et l'expérience de cette maladie.

« On peut penser qu'on a une vérité, on a la vérité du savoir et on a un patient qui lui ne sait pas. Donc il est malade mais il ne sait pas donc on peut avoir en général la position de se dire « j'ai la vérité, je vais vous expliquer ce que vous avez et vous allez faire ce que je vous dis ». Ça c'est un peu la tendance que j'ai eu et petit à petit, on se rend compte que c'est pas si simple que ça ; que lui il se connaît bien, qu'il connaît son esprit, son corps et puis qu'il sait ce qu'il veut aussi, on est bien obligé d'en tenir compte » (entretien 3).

Dans l'entretien 11, le médecin a notamment insisté sur la dimension globale de la prise en charge du médecin généraliste qui ne peut être faite qu'en considérant avec attention le patient dans les différentes dimensions de la compréhension de sa maladie (psychologiques et sociales).

« Après il y aussi l'humilité par rapport à des personnalités ; par rapport à des personnes âgés par exemple. Dans le sens où certes, je suis dans la place du soignant, de celui qui sait, mais dans le cadre d'une prise en charge globale, il y a plein de choses que je ne sais pas sur le parcours du patient : ce qu'il est, ce qu'il a vécu, ses difficultés (…). Donc dans le cadre d'une approche globale oui il faut beaucoup d'humilité parce qu'en réalité, probablement avec le temps, après, quand tu connais mieux les patients, la prise en charge globale se fait de manière plus complète mais voilà, on ne traite qu'une partie du patient et là je pense qu'il faut garder de l'humilité. » (entretien 11).

Sept médecins ont parlé des patients qu'ils suivaient de façon chronique pour montrer que le patient accumulait ainsi une expérience qui lui donnait une connaissance médicale et un rôle d'acteur dans sa pathologie.

« Ou même les patients chroniques, par exemple, là ce matin, j'ai un patient qui est suivi pour un cancer du poumon... Ben au début c'est moi qui ai fait le diagnostic donc ça allait, mais après, c'est un mec intelligent et donc il s'est renseigné à fond sur les différentes chimio etc. Et maintenant, ben quand il arrive en consult, il en sait même plus que moi sur certains trucs » (entretien 9).

« Les nouveautés c'est effectivement l'éducation thérapeutique d'un patient (mais ça émane d'un médecin quand même ou d'un expert) et après, ça peut aller jusqu'au patient diplômé ou au patient traceur » (entretien1).

Trois médecins ont aussi parlé du savoir médical que le patient pouvait acquérir par internet mais ce savoir était à chaque fois critiqué pour son manque de fiabilité.

« Il y en a certains qui arrivent eux-mêmes en étant sur leurs grands chevaux, des patients qui ont l'impression parce qu'ils ont lu sur internet qu'ils vont savoir un petit peu mieux que nous et à ce moment là, on est obligé de rééquilibrer je pense » (entretien 2).

De façon plus anecdotique, deux médecins ont aussi noté le pouvoir financier du patient sur un médecin généraliste qui travaille en libéral, rappelant que dans ce secteur, la consultation médicale est aussi un acte marchand qui donne un « pouvoir » au patient.
« Et peut être lié au fait que les libéraux ont besoin de leur patientèle et donc soigne peut être plus leur patiente et les hospitaliers c'est plus du tout venant donc ils ont moins besoin » (entretien 2).

c) <u>la recherche d'un équilibre dans une relation initialement non équilibrée</u>

Pour la majorité des médecins interrogés, l'humilité a donc été mise en avant pour son utilité dans la recherche d'un nouvel équilibre dans cette relation médecin-malade. Nous avons déjà noté que le champ lexical de l'équilibre a été régulièrement utilisé par les médecins (« rééquilibrer », « balance », « juste distance », « niveau »).

Cette recherche d'équilibre a été évoquée dans les deux sens. D'abord dans le sens de « s'abaisser » vers le patient.
« Savoir être humble alors c'est aussi (je ne veux pas me jeter des fleurs) savoir faire preuve d'un certain recul (…) savoir te mettre à niveau, tu vois. Je pense aux analyses transactionnelles où tu t'abaisses, tu te mets à la hauteur du patient » (entretien 1).
Mais aussi dans un sens « d'élévation » : de partir des connaissances du patient pour l'amener à une meilleure compréhension.
« Alors j'essaye d'expliquer un peu parce que souvent, ils lisent des choses mais ils n'ont que la moitié des informations alors ils n'ont pas forcément toutes les informations pour réfléchir correctement. Alors j'essaye de rééquilibrer ça. » (entretien 2).

De façon générale, les médecins ont évoqué l'humilité comme une aide pour trouver la juste distance avec chaque patient.
« On n'a pas cette relation de supérieur et inférieur, plus d'égalité, je ne sais pas … et je pense que l'humilité, oui c'est ça. » (entretien 6).

Le caractère personnel et variable de cet équilibre a aussi été souligné par certains médecins.

« Donc l'humilité oui mais il faut quand même qu'on soit à notre niveau quoi ! Et ce niveau n'est pas le même pour tout les patients : tous les patients n'attendent pas la même chose. Et bien sûr on peut être en défaut et pas trouver le bon niveau. » (entretien 8).

2) L'Humilité dans la patience et l'écoute

Sur les 11 médecins interrogés sur l'humilité face au patient, sept ont spontanément évoqué l'importance de l'écoute.

« [L'humilité] c'est justement de prendre d'abord le temps d'écouter le patient, et de façon à bien percevoir… Je pense qu'on soigne mieux si on écoute bien parce que les gens nous donnent souvent la réponse. La réponse à leurs maux, on l'a des fois dans la discussion » (entretien 7).

Plusieurs médecins ont insisté sur le besoin de prendre le temps dans cette écoute malgré un rythme de travail souvent soutenu.

« L'humilité je crois qu'elle est d'abord dans l'écoute. Cette phase d'écoute et d'appréciation des choses. (…) J'ai beaucoup évolué moi-même dans mon tempérament, dans ma personnalité. Toujours dans cette inquiétude de ce rythme, de ces consultations très rapprochées, très récurrentes, je crois que dans mon début d'activité, j'avais cette tendance dans la rapidité des prises en charge, dans la rapidité des explications. Je me souviens que les maîtres de stage me le faisaient remarquer, je manquais peut être cette phase d'écoute et j'allais peut être d'emblée, pour des raisons de rapidité aussi, vers le diagnostic et la prise en charge » (entretien 4).

Mais certains médecins ont aussi précisé, qu'en plus du temps, l'humilité face au patient demandait aussi de l'attention et une véritable concentration.

« Je pense que l'humilité ça passe déjà par écouter son patient et prendre en compte toutes ses plaintes ; même si on ne va pas répondre à toutes ces plaintes et les garder à l'esprit, ne pas les ranger dans un coin obscur où on ne reviendra pas » (entretien 10).

Dans ces conditions, certains ont ainsi dit que par l'humilité, l'écoute pouvait à elle seule, suffire à une consultation réussie.

« Mais il y a vraiment des consultations dont le travail est primordial dans l'écoute. Et les gens viennent chercher ça et pas forcément autre chose » (entretien 4).

« C'est de se dire quand on est face à un patient, c'est de ne pas se situer tout de suite en tant que « moi je suis le médecin, vous êtes le patient et vous faites ce que je vous dis et vous m'écoutez ». C'est justement de prendre d'abord le temps d'écouter le patient, et de façon à bien percevoir… Je pense qu'on soigne mieux si on écoute bien parce que les gens nous donnent souvent la réponse » (entretien 7).

« [Pour être humble] ben je crois qu'il faut écouter. Par exemple ma dernière consultation c'est passionnant ! Un Ch'ti avec l'accent prononcé qui arrive dans notre région, il se met torse nu, il est impressionnant (il a des tatouages partout), 60 cigarettes par jour, 23 ans : une tête brûlée vraiment. Puis en fait, je l'ai laissé parler parce que je me suis dit que… Bon puis j'étais grognon, j'étais en retard. Et puis ben ça a été une consultation passionnante tout simplement parce que je l'ai laissé parler et puis il avait plein de choses intéressantes à me dire et puis voilà ! » (entretien 8).

3) L'humilité pour une relation plus humaine

En parlant d'humilité, les médecins ont beaucoup parlé de valeurs ou de vertus. De façon générale, la relation médecin-patient, empreinte d'humilité, a été associée à une relation humaine faite d'un profond respect.

a) L'humilité comme un outil de respect dans la relation médecin-malade

La majorité des médecins ont reconnu une aide concrète qu'apporte l'humilité dans la relation médecin-malade.

« Et ça peut être une arme, enfin pas une arme, une méthode (une arme non), une méthode » (entretien 1).

Le terme « respect » (ou ses dérivés) a été cité dans sept entretiens différents, indiquant un lien. L'humilité a été ainsi vue comme un des éléments du respect que le médecin doit à son patient.

« Je dirais toutes les consultations nécessitent de l'humilité. Dans l'humilité, y'a le respect : respect du patient derrière ça, respect de la pudeur, le respect en général » (entretien 7).

Au contraire, le médecin qui manque d'humilité a aussi été décrit comme manquant de respect.

« J'ai surtout l'image d'un médecin qui était (…) hautain vis-à-vis des patients, qui se montrait désagréable, faire des blagues (enfin pas tout à fait des blagues)… mais du style un patient qui est un peu limité au niveau intellectuel, de lui balancer des remarques inappropriées qui insinuent qu'il est con quoi… » (entretien 10).

Ce respect a été concrètement évoqué par trois médecins dans un exemple plus concret : l'utilisation d'un langage adapté par le médecin qui s'entretient avec son patient.

« [Quelle place pour l'humilité ?] Euh, essayer de me mettre à sa portée et à son… comment dire, être sur la même longueur d'onde quoi, d'être en harmonie, de se comprendre, d'utiliser des termes qui puissent être compris facilement. Enfin, d'avoir un langage qui soit approprié avec lui » (entretien 5).

b) <u>L'humilité permet de rentrer dans une relation bienveillante</u>

Quatre médecins ont spontanément évoqué un lien entre l'humilité et l'empathie envers le patient et un médecin l'a rapproché de la compassion.

« Etre humble c'est reconnaitre qu'on n'est pas meilleur que les autres. L'empathie c'est pas tout à fait ça mais pour moi l'humilité du médecin est liée à l'empathie » (entretien 2).

« Quand il y a une découverte de maladie grave (…) là, je vais me sentir petite, je vais me sentir très humble parce que je suis en train de lui dire que sa vie est en train de basculer, ça ne va pas être facile pour l'accompagner. Pour le coup, je me sens (regarde au plafond), *je ne me sens pas dans la toute-puissance, je me sens petite et j'ai de l'humilité, je ne sais pas. C'est de la compassion aussi hein, il n'ya pas que de l'humilité mais il y aussi ça je pense. »* (entretien 4).

Un médecin a aussi évoqué que l'humilité pouvait conduire à une mise de côté des « rôles » de médecin et de patient.

« Savoir être humble, tu vois : est-ce qu'on doit tout le temps être le docteur à 100% ou est ce qu'on peut faire paraître un peu ton côté humain ; et ça tu vois il ado… non ils n'adorent pas c'est pas le bon terme mais ils, ils adhérent. » (entretien 1).

« Moi j'ai accompagné ma belle mère dans une consultation de cancéro à la fin et euh on a vu un des grands pontes du cancer du rein et je me rappelle ça m'a ému, hein… le grand professeur qui apprenait à ma belle mère qui fallait qu'elle profite de la vie, qu'elle voit sa famille, qu'elle en profite. Et là ce n'était plus une discussion de prof à patient, c'était une discussion très, très humble (…) c'était un long discours, c'était très très rempli d'émotion. Et tu vois, ça m'a marqué ce cas là » (entretien 1).

Ce rapprochement du patient auquel invite l'humilité du médecin a été particulièrement cité face aux patients en souffrance.

« Moi je me sens humble (…) surtout quand il y a une réelle détresse et que les patients sont à un point tel qu'ils veulent qu'on les aide ; quand ils ont besoin d'être aidés (…) Quand on nous demande de l'aide, on a envie d'être présent » (entretien 2).

« [Les consultations avec de l'humilité ?] C'est vraiment toutes ces consultations là, qui sont dédiées à la souffrance, au mal-être, quel qu'il soit et on en fait quand même beaucoup en médecine générale. Moi je prends du temps, il y a parfois des consultations qui peuvent durer 1h » (entretien 4).

Finalement, plusieurs médecins ont fait un rapprochement avec une forme d'affection bienveillante pour le patient

« [Une patiente] m'a dit (insiste) *« on sent que vous aimez les gens ». C'est marrant ça ! Donc c'est un beau compliment pour moi. Et c'est vrai que je pense qu'il faut aimer les gens pour faire ce métier »* (entretien 7).

c) <u>De l'imposition vers la proposition, un travail collaboratif</u>

Si cette bienveillance du médecin envers le patient a souvent été sous-entendue au cours des entretiens, les médecins ont insisté sur le fait qu'elle ne menait pas vers le retour d'une relation paternaliste où le médecin profiterait de la situation de faiblesse du patient pour lui

imposer ses objectifs. La relation médecin-patient a plus été évoquée comme un travail collaboratif.

« Et puis, il sait ce qu'il [le patient] veut aussi, on est bien obligé d'en tenir compte et puis on doit finalement arriver à une proposition au patient plus qu'à une imposition. Et donc ça ne nous met forcément plus dans la même position donc on évolue un petit peu au cours de notre carrière en disant ''voilà ce qui vous arrive, voilà ce qu'on peut faire, qu'est ce que vous en pensez ?''» (entretien 3).

Finalement, le terme « confiance » (ou ses dérivés) a été cité par huit médecins qui ont fait un lien entre l'humilité et la confiance, condition indispensable à un travail commun du patient et du médecin.

« Je suis beaucoup plus consciente de la relation à l'autre (…) de la force de l'humilité aussi dans tout ça. Si tu veux avoir une relation de confiance avec le patient, ben moi je ne vois pas comment un médecin qui prend les patients de haut peut avoir une relation de confiance avec les patients. C'est pas possible, pour moi c'est antinomique. Vraiment! (…) A partir du moment où tu veux avoir une prise en charge beaucoup plus globale telle qu'on l'apprend maintenant, et bien la relation de confiance, donc l'humilité et bien, elle est indispensable. Pour moi elle est juste indispensable » (entretien 11).

4) Des limites ou des risques à l'humilité ?

Les médecins ont aussi été interrogés sur les risques potentiels que pouvaient générer l'humilité dans la relation médecin-malade.

a) Des limites pour le médecin ?

1. Exposer le médecin

Un seul des médecins interrogés a évoqué une réserve sur le risque d'une perte d'objectivité et de la vulnérabilité par rapport à ses propres sentiments.

« Tu te donnes (quand même) avec l'humilité, tu te donnes. Tu ouvres la porte au patient et ça parfois tu ne peux pas (…).Ça t'expose aussi parce que tu laisses une partie de toi hein » (entretien 1).

2. Perte de valeur de la parole médicale

Quatre médecins différents ont évoqué des risques quant au discours médical que le médecin tient à son patient. Selon eux, un discours humble peut risquer d'être moins facilement perçu par le patient, de manquer d'une certaine clarté.
« Il faut quand même que le patient, à un moment, ait une sorte, oui, de référence médicale (…) Donc on est quand même une référence. Donc l'humilité oui mais il faut quand même qu'on soit à notre niveau quoi ! » (entretien 8).

Toutefois, un des médecins a bien exprimé que ce risque devait être corrigé par le médecin lui-même qui adapte son discours à la compréhension du patient.
« Alors je pense qu'il n'y a pas de limite à l'humilité. Simplement il faut quand même que quelquefois ce que l'on propose au patient soit clair et qu'il l'ait bien compris. Donc il faut pas que l'humilité soit un handicap au message et à la conviction que l'on a pour qu'il se soigne bien. (…) Mais c'est à nous [médecins] d'essayer de comprendre ça » (entretien 3).

3. Des difficultés à l'humilité

Six médecins ont reconnu que l'humilité était une vertu parfois difficile à pratiquer. L'orgueil du médecin a notamment été mis en avant.
« Et je crois que cette place un peu au-dessus, un peu supérieure, est naturellement mise, plus de la part des gens, peut être aussi des médecins entre eux, parfois » (entretien 4).
« Je pense que c'est le cas de beaucoup de médecins et après je pense qu'on a envie d'être un petit peu (met sa main a hauteur de ses yeux) *comme sur un piédestal »* (entretien 2).

Les difficultés ponctuelles ou organisationnelles du médecin ont été décrites comme un frein à cette humilité.

« [Etre humble ?] Y'en a déjà où on peut pas. J'ai aussi appris ça. Y'a soit des jours, soit des patients, soit le médecin lui-même : y'a des jours où ca vient pas, on a du retard, on est fatigué, voilà c'est pas possible, on peut pas… » (entretien 8).

Ces difficultés à l'humilité ont été plus souvent attribuées à des médecins plus âgés dont la formation était moins centrée sur le relationnel.
« Donc je dirais que, les médecins formés à l'ancienne école ont probablement plus d'orgueil (parce que c'est comme ça qu'on concevait la médecine). La nouvelle génération beaucoup moins me semble-t-il » (entretien 11).

Elles étaient aussi plus souvent attribuées aux médecins spécialistes ou hospitaliers.
« C'est l'image [médecin orgueilleux et hautain] qu'en ont mes patients ici dans mon cabinet quand ils vont à l'hôpital. D'ailleurs ils reviennent avec leurs séries de questions. Et je leur demande « mais pourquoi ne vous les avez-vous pas posées au spécialiste ? ». Mais ils n'osent toujours pas et y'a encore cet aspect là, à l'hôpital notamment » (entretien 6).

b) Des limites par rapport au patient ?

Quatre médecins ont exprimé une difficulté à l'humilité face à des patients qui veulent imposer leur savoir avec un sentiment d'être déprécié par le patient.
« L'humilité y'a quand même des fois où on se dit, en particulier pour certains qui sont …. Je prends toujours l'exemple des instituteurs (…) De cette population qui arrive avec son savoir, qui est persuadée qu'elle a tout compris et donc qui veut en apprendre à son médecin. Là honnêtement, j'ai du mal. Parfois on a envie de les envoyer… de les renvoyer à leurs problèmes. Donc on n'est pas toujours humble » (entretien 8).

Cette position du patient, conduisant à une remise en cause et un regard critique vis-à-vis du médecin a parfois été décrite comme difficile à accepter.
« Ah c'est arrivé des gens qui remettent en doute un diagnostic ou qui ont l'impression de tout savoir là et qui me regardent « ouais, ce petit médecin de campagne ». J'ai plus

d'exemple en tête mais cette sensation, ce sentiment aussi. Et là dans ces cas là, je ne me sens pas humble » (entretien 5).

Le terme « manque de respect » ou ses dérivés a même été utilisé dans cinq entretiens différents. Certains patients ont ainsi été décrits comme irrespectueux et face à ces patients-là, l'humilité paraissait inadaptée.

« Je pense qu'on ne place pas le médecin, enfin la plupart de gens, ne le placent pas sur un piédestal, loin de là… Voire même on serait peut être dans l'excès inverse : c'est-à-dire qu'aujourd'hui il faut se méfier, souvent les patients ne sont pas patients, veulent tout tout de suite (…) « ah bah de toute façon, y'a pas besoin d'avoir fait 9 ans d'études pour faire ça » Donc là je trouve qu'on est dans l'excès inverse du non respect du médecin. » (entretien 7).

A l'inverse, une attitude humble a pu être décrite comme déstabilisante pour certains patients qui cherchaient encore une forme d'autorité chez le médecin (cette position du patient a toutefois toujours été vue comme peu efficace).

« Mais il y' a des patients qui le demandent aussi parce que c'est une certaine protection : « je me confie à un Tout-Puissant » (il n'y a plus de curé dans nos campagnes !) (Sourire). *(…) Et j'étais très content hein, c'est valorisant. Et puis bien vite on s'est aperçu que ça ne marchait pas ! »* (entretien 8).

« Parce qu'il y a des patients aussi qui se mettent eux-mêmes en position d'enfant parce que c'est comme ça qu'ils conçoivent leur relation. » (entretien 11).

Enfin, deux médecins ont évoqué des difficultés à l'humilité avec les patients proches, amis ou famille, qui pouvaient les consulter.

« Par exemple nos amis, c'est plus difficile effectivement (où là y'a cette connaissance autre) de dire un moment donné la consultation sera peut être pas dans l'urgence pour une fièvre simple mais sera, comme on le dit à tout nos autres patients, de décaler à 24-48h… peut être dans ce côté-là, le côté humble est plus dur » (entretien 4).

Finalement, certains médecins ont aussi déclaré que face à ces patients posant des difficultés relationnelles, il était nécessaire de se remettre en cause soi-même.

« Je crois pas que ce soit risqué [l'humilité]. Faudrait que tu tombes sur un patient qui soit lui arrogant et du coup c'est lui qui te prendrait de haut. Mais là c'est à toi de t'adapter, de pas te faire humilier par le patient… c'est ce qu'on disait tout à l'heure, l'humilité c'est pas pareil que l'humiliation » (entretien 9).

« Je pense notamment aux patients qui peuvent m'énerver, à ceux qui ne me laissent pas mettre de respect dessus… Enfin il y a peut être quelque chose que moi-même je n'ai pas compris dans leur comportement ou dans leur fonctionnement et que un comportement peut m'énerver alors que si finalement je comprenais pourquoi tel ou tel patient avait ce comportement, agressif ou revendicateur, le fait de me mettre à distance et d'essayer de le comprendre me permettrait de désamorcer pas mal de choses » (entretien 10).

B. L'Humilité dans les relations interprofessionnelles

Les médecins ont ensuite été interrogés sur leurs relations interprofessionnelles et sur l'humilité nécessaire dans les rapports à leurs collègues ou leurs collaborateurs dans des situations potentiellement conflictuelles.

PLACE DE L'HUMILITE DANS LES RELATIONS INTERPROFESSIONNELLES	Occurrence
SUR LES RAPPORTS ENTRE MEDECINS GENERALISTES	
Le travail au sein d'un cabinet de groupe permet d'accepter de dépasser ses imperfections	7
L'échange avec les confrères au sein d'instances professionnelles permet de remettre en cause sa prise en charge	3
L'enseignement aide à se remettre en cause	3
SUR LES RAPPORTS ENTRE GENERALISTES ET SPECIALISTES	
La recherche d'un respect malgré des visions parfois différentes Un antidote à la rivalité	6
SUR LES RAPPORTS ENTRE SOIGNANTS (MEDECINS/PARAMEDICAUX)	
Lutter contre la recherche de pouvoir et l'amour-propre du médecin Reconnaître les compétences des paramédicaux Créer une relation de travail collaborative	10
REDONNER AU PATIENT UNE PLACE CENTRALE	4

1) L'humilité dans les rapports entre médecins généralistes

a) L'humilité vécue au sein des cabinets de groupe

Lorsque les médecins ont été interrogés sur leurs relations interprofessionnelles, beaucoup se sont spontanément référés à leurs expériences avec des collègues au sein d'un cabinet de groupe ou d'une maison de santé pluridisciplinaire (n=7 ; sur l'échantillon, 9 médecins travaillaient en groupe).

L'intérêt de l'humilité au sein de ce travail en groupe a été évoqué comme une aide pour mieux accepter ses imperfections et travailler à sa propre progression dans le domaine médical.

Quelques médecins ont notamment évoqué la nécessité de l'humilité pour savoir se remettre en cause et regarder sa pratique en comparaison de celle de ses collègues.
« Et puis de voir comment travaillent les autres, ça apprend l'humilité. On se dit « mince, je n'en avais pas vu autant, je ne sais pas tout prescrire, je ne sais pas tout »… Voilà ça apprend à être très humble » (entretien 5).

Dans l'entretien 4, un jeune médecin a ainsi évoqué la chance de travailler avec un collègue plus expérimenté, soulignant une forme d'humilité par rapport au savoir de ce collègue.
« Donc non ça n'a vraiment que été dans le positif : dans ce que moi je pouvais lui amener mais surtout lui (insiste sur lui) *pouvait m'amener. Je crois que le travail en groupe, il est là, c'est l'intérêt des pairs, c'est de pouvoir effectivement se faire aider le cas échéant »* (entretien 4).

Surtout, la majorité des médecins travaillant en groupe a exprimé la richesse des échanges permise par cette capacité à s'exposer au regard de ses collègues.
« Ça c'est l'avantage d'être en cabinet de groupe. J'ai parlé des difficultés que je ne voulais pas garder pour moi-même. C'est peut être une forme de thérapie. Une forme aussi de

recherche, de curiosité, de savoir ce qu'en pensent les autres. Je trouve que le cabinet de groupe c'est ça l'avantage, tu peux en parler, tu peux avoir l'avis des autres » (entretien 1).
« Franchement, au fond, c'est pas simple pour moi parce que ça veut dire parler de mes problèmes quoi, de mes difficultés, de mes erreurs ; et à chaque fois, on a toujours comme la peur d'être un peu jugé. Du coup, là c'est vrai que ça demande un peu d'humilité » (entretien 9).

b) L'humilité vécue au sein d'instances d'échanges entre médecins

Si les médecins du cabinet de groupe étaient le plus souvent cités comme les partenaires privilégiés pour échanger sur sa pratique médicale, certains médecins ont aussi parlé des divers lieux d'échange ou de dialogue entre médecins. Les termes « FMC » (formation médicale continue), « groupe de pairs », « RMM » (réunion morbi-mortalité), « groupe Balint » ont ainsi été repris dans différents entretiens.

« [Comment faire pour rester humble ?] Et bien en échangeant avec d'autres (…) Enfin d'avoir une discussion avec les autres, ça permet aussi de se rendre compte. D'aller au RMM (réunion de morbi-mortalité) au 15, ça fait évoluer. Ou des formations, je n'y vais plus assez mais c'est intéressant » (entretien 2).
« Moi je crois que la solution c'est l'échange avec le confrère ou avec l'équipe quoi, c'est le groupe de pairs quoi (…) Moi je vois particulièrement ça au niveau des patients âgés en EHPAD, parfois on voit qu'on est deux médecins, ou 3 médecins dans le bureau et y'a un problème qui sort. Et parfois c'est celui là même qui sort le problème, qui juste en discutant avec un autre confrère, trouve la solution à son problème parce que ça se renvoie quoi » (entretien 8).

c) L'humilité vécue dans l'enseignement aux externes/internes

Dans l'échantillon de médecins interrogés, il existait une part importante de médecins formateurs en tant que maîtres de stage universitaire (n=5). Trois médecins ont évoqué les relations à leurs internes qui leur demandaient à chaque fois de l'humilité par rapport à ce qu'ils transmettaient et de l'humilité par rapport à ce qu'ils recevaient en échange.

« Je crois aussi qu'en terme d'apprentissage dans les deux sens, tous les maitres de stage le disent, c'est drôlement bien. Et ça aussi dans l'humilité et le côté humble, ça permet effectivement de relativiser les choses, de se remettre en cause dans notre pratique et on apprend beaucoup des internes qu'on a avec nous » (entretien 4).

2) L'humilité dans les rapports entre médecins généralistes et médecins d'autres spécialités

Les médecins généralistes interrogés ont évoqué une humilité de leur savoir en comparaison avec celui du médecin spécialiste d'organe qui possède une compétence plus importante dans son domaine.

« Est ce que je fais preuve d'humilité vis-à-vis des confrères ? Est-ce dire que c'est quelque chose que je ne sais pas, certainement. Je ne sais pas tout parce que sinon je serais spécialiste. Non je pense que c'est parce que dans ces cas là j'ai besoin d'eux » (entretien 1).

Ce rapport aux médecins des autres spécialités n'a toutefois pas été décrit comme une infériorité car ce sont justement les rapports d'inégalité qui induisaient des conflits.

« Avec les spécialistes peut être. On a peut être l'impression que certains spécialistes nous prennent de haut. Parfois aussi comme des secrétaires. Quand les spécialistes ne veulent pas faire un arrêt de travail ou un truc « vous verrez ça avec votre médecin traitant » ou la prescription « vous verrez ça avec votre médecin ». On a parfois l'impression d'être le secrétaire de certains spécialistes » (entretien 7).

Six des médecins interrogés ont reconnu que pour éviter les conflits avec les médecins des autres spécialités, le dialogue était utile.

« Oui et avec encore une fois le risque que ce soit pris potentiellement comme de la faiblesse. Mais moi je suis intimement convaincue que dans la discussion de toute façon, on règle : tous les problèmes, il faut en parler. Donc ça peut demander de l'humilité pour faire le premier pas, alors que parfois on peut avoir l'impression que ce n'est pas notre faute, tu vois» (entretien 11).

Pour que cette communication soit efficace en cas de conflit, certains médecins ont reconnu qu'il fallait une part d'humilité pour accepter ses erreurs face à ses confrères.

« Donc il peut y avoir des conflits parce qu'on s'est trompé ou par vanité mais … En acceptant une part d'erreur. Notamment quand il y a un conflit avec l'hôpital par exemple, c'est je ne sais pas, parce qu'on a envoyé quelqu'un aux urgences alors qu'on n'aurait pas dû (…) Et du coup, il faut discuter et accepter s'il y a une erreur » (entretien 2).

Certains médecins ont évoqué l'idée que l'organisation hospitalière pouvait être un frein à leur épanouissement personnel contrairement à une médecine de proximité généralement décrite comme plus humble.

« Je ne voulais pas trop rester à l'hôpital, je voulais pas rentrer dans des compétitions … enfin je le voyais comme ca, j'avais une image de… une idée de l'hôpital où il y avait beaucoup de forme de mésententes, que les équipes n'étaient pas toujours très homogènes et… et que c'était quelquefois un peu compliqué » (entretien 3).

3) L'humilité dans les rapports entre médecins et paramédicaux

Les médecins ont ensuite été interrogés sur leurs rapports professionnels au monde paramédical à une époque où le travail interdisciplinaire et le transfert de compétence sont de plus en plus présents dans les pratiques des médecins généralistes.

a) L'humilité pour lutter contre la peur d'une perte de pouvoir

Six des médecins interrogés ont reconnu que le monde médical pouvait être attaché à ce pouvoir qui lui est classiquement attribué dans le soin. Ce pouvoir du médecin a été jugé comme orgueilleux et dépassé dans le cadre du travail interdisciplinaire.

« Je pense qu'il y a eu un tel aura du médecin que effectivement, je pense que c'est compréhensible que certains ont vécu cette toute-puissance du médecin, en particulier des médecins généralistes, je pense que le fait qu'il y ait des transferts de compétence, ils peuvent se sentir un peu dépossédés de cette puissance » (entretien 10).

« Avec l'ostéopathe, je sais pas, il y a quelque chose, un petit conflit. Mais ça c'est peut être purement personnel. C'est peut être une peur de perte d'influence, une vexation que le patient face plus confiance à l'ostéopathe qu'à moi » (entretien 2).

Ce sentiment de pouvoir a pu être exprimé dans une volonté de possession du savoir.
« La première difficulté, moi je l'ai vécue avec un ami avec qui on a fait toutes nos études depuis le début : ''il est hors de question qu'une infirmière regarde mes dossiers''… » (entretien 8).

Le sentiment de pouvoir a aussi pu être décrit dans la réalisation des actes médicaux.
« Et puis après y'a cette fameuse délégation de tâches. Alors y'a des médecins qui pensent qu'on va leur prendre une partie de « leur » boulot (« c'est mon boulot, c'est à moi, c'est moi qui fait ca ») et qu'ils vont se sentir dépossédés de quelque chose. Et on a tous un peu ce sentiment là, c'est vrai. Sauf qu'ils n'ont pas compris que le métier de médecin généraliste, il va changer » (entretien 8).

b)<u>Connaître et reconnaître les compétences des paramédicaux</u>

Les médecins qui travaillent avec des infirmières ont insisté sur l'humilité qu'ils ressentaient devant leurs compétences. Ils ont admis qu'ils pouvaient apprendre d'elles.
« Alors moi d'abord, j'ai compris ce qu'était une infirmière parce que je ne le savais pas beaucoup. Et puis faire la différence entre nos deux métiers qui sont deux apports différents, des formations différentes surtout et puis je me dis que c'est quand même bien agréable de travailler ensemble » (entretien 8).
« Et en plus ça peut être plutôt sympa de montrer les techniques qu'on n'a pas forcément apprises. C'est-à-dire qu'on sait en gros ce que ça représente mais en pratique entre ce qu'on a vu rapidement et puis en pratique ce que ça donne, c'est pas la même chose. Donc aller assister à une consultation et voir comment eux ils procèdent, c'est très intéressant et instructif » (entretien 5).
« Je travaille avec une infirmière doctorante quand même, je travaille avec des infirmières qui ont toutes un master de ceci, un master de cela. Donc l'humilité, on a intérêt à l'avoir parce qu'on se fait vite renvoyer dans les cordes sinon » (entretien 8).
« Moi j'ai beaucoup de respect pour les infirmières notamment parce que c'est elles qui m'ont tout appris. Lors de mes premiers stages d'internat, les médecins ils n'étaient pas trop

présents et du coup, ben quand j'avais besoin d'aide, j'avais toujours une infirmière qu'était là pour m'aider » (entretien 9).

c) Dépasser la relation de subordination pour rentrer dans une relation de collaboration

Les termes « hiérarchie » (n=3), « compétition » (n=2), « supériorité » (n=2) sont revenus lors de différents entretiens dans des connotations négatives. Cinq des médecins interrogés ont estimé que l'humilité pouvait être utile pour que le médecin change son point de vue sur cette relation interprofessionnelle et pour reconnaître des rapports plus complémentaires avec le monde paramédical.

Un des médecins a décrit que l'humilité devait aider à renoncer à l'idée de commander notamment dans le cadre de son travail avec une infirmière ASALEE (Action de SAnté Libérale En Équipe).
« Vraiment quand je pense à l'humilité, je pense à ce qu'on a créé au sein d'ASALEE avec ce binôme médecin-infirmière où on s'est battu pour qu'il n'y ait pas de hiérarchie. Ce mot de hiérarchie dans le corps médical, moi, me sort par les yeux (…), on ne peut pas faire du bon boulot quand on travaille comme ça » (entretien 8).

Les cinq médecins ont ensuite insisté sur l'importance de l'humilité pour former une équipe complémentaire.
« Moi ça ne me dépossède de rien du tout, on a chacun nos compétences, on est complémentaires. Mais je ne suis pas podologue par exemple, examiner une voûte plantaire, faire des semelles etc., ou faire des soins de pédicure, ce n'est pas mon job mais c'est le sien et du coup, on va se compléter » (entretien 5).
« Alors je pense que ça peut créer certains conflits s'il y a un manque d'humilité de la part du médecin justement (…) Si le médecin est beaucoup plus dans une relation de complémentarité, de collaboration, avec une position humble, une position basse quoi, par rapport aux paramédicaux et pas une position de supériorité, d'une part que ce soit l'infirmière, le kiné ou autre le prendra bien, et on sera dans une vraie relation de collaboration et pas dans une relation de subordination » (entretien 11).

Cette collaboration a été décrite comme enrichissante et permettait d'entretenir l'humilité dans les rapports entre professionnels.

« Parce qu'en plus quand on travaille à 2 sur le même cas, ou à 3 sur le même cas, on brasse quand même beaucoup plus d'informations que quand on travaille tout seul. Ça moi je l'ai découvert avec ASALEE : y'a des choses qu'on ne dira jamais au médecin et qu'on dit à l'infirmière ASALEE le 1er jour ! Ça demande de l'humilité ça ! Votre patient que vous voyiez depuis des années, il va d'un coup voir régulièrement l'infirmière et puis vous une fois tous les 3 mois, bien sûr que ça fait un peu réfléchir » (entretien 8).

d) Apprendre la coordination

Deux des médecins interrogés ont distingué la direction du travail en équipe de l'accompagnement, pour rentrer dans une coordination des soins. Cette coordination ne s'opposait pas à l'humilité.

« Néanmoins, j'ai managé des équipes d'une centaine de personnes. Alors il y avait de tout, il y avait des commerciaux, des infirmières, des médecins etc. Et ma réputation c'était « une main de fer dans un gant de velours » : j'ai toujours obtenu ce que je voulais mais sans jamais taper du poing sur la table ou faire du chantage ou quoique ce soit. Donc juste pour te dire que l'humilité n'est pas antinomique avec la fermeté » (entretien 11).

« Oui par exemple avec nos secrétaires, on leur fait confiance et il faut aussi qu'on leur délivre une certaine autonomie et en même temps avoir aussi une surveillance sur ce qu'elles font. Et parfois on les guide ou on les re-guide. C'est pas toujours simple parce qu'elles doivent dire non à plusieurs dizaines de patients » (entretien 6).

4) L'humilité pour mettre le patient au centre du soin

Finalement ces rapports entre les différents professionnels de santé ont pu être résumés de la façon suivante par quatre médecins : mettre le patient au centre. Les médecins ont reconnu que ce constat simple peut être parfois oublié dans la succession des consultations mais doit être rappelé pour permettre un meilleur travail de collaboration. Le médecin a donc été vu comme un soignant humble qui ne doit pas oublier qu'il est au service du malade.

« Je pourrais être en conflit avec mes confrères ou pour dire « toi t'as dit ça mais moi ça me met en difficulté parce que je n'y avais pas pensé avant »…. Donc si on raisonne comme ça, par rapport à soi, par rapport à l'orgueil que l'on porte, on peut avoir des conflits avec les autres. Mais si on se dit : c'est pour le bien du patient, c'est une bonne chose, que cette vision différente est bienvenue, et bien ça ne pose pas de problème en fait » (entretien 3)

« Et puis longtemps on a voulu le médecin de famille, le médecin au milieu du … Non ce n'est pas le médecin qui est au milieu, c'est le patient déjà ! Et déjà quand on se force à ça, et bien le médecin il est autour, l'infirmière elle est autour, le kiné est autour et il faut que ces gens là s'entendent à travailler ensemble » (entretien 8).

C. L'Humilité du médecin face à lui-même

Dans une dernière partie, les médecins étaient amenés à répondre à des questions sur leur rapport à la science médicale et au savoir.

PLACE DE L'HUMILITE FACE A LUI-MÊME	Occurrence
SUR LE RAPPORT AU SAVOIR MEDICAL	
L'humilité comme reconnaissance de ses limites	10
L'humilité comme persévérance	11
L'humilité pour une meilleure connaissance de soi-même	9
POUR UNE ETHIQUE DE L'HUMILITE	

1) L'humilité du médecin comme scientifique

a) L'humilité permet de reconnaître ses limites cognitives

La majorité des médecins ont évoqué des expériences d'humilité dans leur savoir. La pratique des consultations a été décrite comme une prise de conscience de son ignorance qui rend le médecin plus humble.

« Si, ça peut être une forme de l'humilité. C'est d'abord ça pour moi tu vois : savoir reconnaitre aussi, qu'on ne sait pas tout, qu'on peut faire des erreurs » (entretien 1).

« Ce qui demande d'être humble, c'est le fait qu'on ne puisse pas avoir la connaissance de tout ; ça doit nous rendre humble (…) On peut très bien connaître une chose relativement bien à un temps t et puis à un temps t+1 (par non entretien de la connaissance, par non

utilité) on peut aussi tout à fait l'oublier. Donc il y a d'une part le savoir qui en lui-même n'est pas maîtrisable par un seul homme » (entretien 10).

Certains médecins ont parlé de l'humilité comme des bornes à fixer à son savoir c'est-à-dire des limites dont il fallait être conscient. Le terme « limite » ou ses dérivés a d'ailleurs été utilisé dans 5 entretiens différents en rapport avec le savoir médical.

« Peut être la fouge et l'impression de tout savoir qui est issue de notre formation théorique, je crois qu'on la relativise énormément dans la pratique de tous les jours » (entretien 4).

« J'avais l'impression qu'être spécialiste c'était facile parce que tu rentrais dans un savoir… tu vois, ton savoir était... (mime un segment avec ses mains). *Et que généraliste, il fallait tout savoir et je ne sais pas tout pourtant »* (entretien 2).

En allant plus loin, un des médecins a ainsi évoqué que l'humilité demandait parfois de mettre son savoir en retrait lorsque son discours pouvait éventuellement nuire au soin du patient.

« [Le patient] va dire « ben je suis allé voir l'ostéopathe il m'a guéri rapidement. Les médicaments que vous m'avez donné ça m'a rendu un peu malade mais depuis que je les prends plus, ça va beaucoup mieux ». Donc voilà, on n'a rien à dire à ça parce que si ça va mieux pour lui, tant mieux. Donc oui ça nous force à un peu d'humilité, nous oblige à dire « tant mieux pour vous » et puis ce que j'avais fait c'était peut être pas si bien que ça ; ou alors vous vous avez pensé que c'était mieux pour vous, et même si je ne suis pas d'accord, je ne vais pas me battre avec vous pour vous dire que je suis pas d'accord… Je préfère ne rien dire à ce moment là et dire « c'est bien pour vous ». Donc ça c'est des consultations où je suis obligé de faire preuve d'humilité » (entretien 3).

D'autres médecins ont aussi évoqué l'humilité par rapport à leur savoir-être.

« Moi l'humilité, c'est surtout dans la problématique de nos prises en charge et aussi d'avoir la conscience que on ne sait pas tout faire (…) de gérer toute cette « partie autre » que la partie clinicienne, très organique, des troubles : c'est savoir aussi gérer tout ce qui va avec dans la psychologie des consultations, dans la problématique du mal être des gens de tout les jours » (entretien 4).

Tous les médecins ont été interrogés sur les erreurs médicales et la majorité d'entre eux a parlé d'une forme d'humilité pour reconnaître ses erreurs.

*« D'abord il faut bien voir qu'on a fait une erreur. Le piège c'est de se dire qu'on n'a pas fait d'erreur mais qu'on avait des circonstances atténuantes donc il faut déjà sortir de cette ornière là, c'est-à-dire qu'il faut vraiment regarder en face ce qui s'est passé » (*entretien 3).

Face à ses erreurs il est à noter que le champ lexical de la souffrance (« angoisse », « souffrance », « culpabilité » sont notamment revenus dans 5 entretiens) a été régulièrement utilisé, sous-entendant que l'humilité pouvait conduire à une forme de souffrance.

« D'abord je ne le vis pas bien, c'est clair. Tout dépend de la gravité du truc mais certaines fois, ça m'a empêché de dormir pendant un certain temps. Après souvent, je m'auto flagelle ! Alors voilà, je ne suis pas bien, je ne dors plus » (entretien 5).

« Je m'en suis voulu… Malgré tout ce n'était pas une erreur mais je m'en suis voulu de ne pas avoir fait plus tôt ce type de diagnostic parce que quand on a fait le diagnostic c'était trop tard, la patiente était décédée. Donc c'est des trucs, tu mets du temps à t'en remettre » (entretien 7).

b) <u>L'humilité comme persévérance</u>

Si l'humilité peut engendrer une souffrance face à la prise de conscience de ses limites cognitives, elle a aussi été décrite comme un outil pour dépasser cette ignorance notamment par la persévérance dans l'apprentissage.

« Pour toi-même, tu en tires toujours des leçons quoi en disant « merde, la prochaine fois, je ferai différemment ». Je ne ferai pas de la même manière » (entretien 7).

« Mais ça veut dire qu'il faut se former, qu'il faut aussi dire à un moment donné « on peut ne pas savoir » et donc aller chercher la raison, essayer de la faire évoluer pour que dans une autre consultation, dans une autre circonstance future similaire, on puisse arriver à s'adapter » (entretien 4).

« Là en effet il faut pas s'enfermer dans la culpabilité mais il faut accepter de se remettre en cause. En fait faut avouer que c'est pas si simple » (entretien 9).

« -Moi je considère que ce n'est jamais acquis. (…) En réalité je suis très exigeante envers moi-même donc je n'ai jamais fini… et je suis toujours en train d'apprendre, je suis rarement satisfaite.
- On pourrait croire que l'humilité va contre ce haut niveau d'exigence…
- Du tout, du tout, au contraire… » (entretien 11).

Un des médecins a bien montré que cette capacité de formation pouvait être initiée par le médecin lui-même, soulignant que l'humilité dans l'apprentissage n'est pas une attente passive mais bien une attitude active.
« Moi la 1ère chose que j'ai fait quand je me suis installé, à 5km d'ici, j'ai eu une clientèle difficile, j'ai eu 8 délires en 6 mois, mais qu'est ce que c'est que ce pays de fous !?(…) Et donc je suis allé voir le psychiatre du coin, on a fait un petit groupe Balint qu'est devenu une FMC après. (…) Alors on a appris sur le tas, et puis on s'est formé en interne (tout ce qui est formation professionnelle faite par les généralistes et pour les généralistes : c'est pas au CHU qu'on apprend la médecine générale j'en suis persuadé) » (entretien 8).

Dans certains entretiens, l'humilité a été décrite comme un sentiment permettant de persévérer dans le temps face à cette progression qui se veut permanente. Le champ lexical de la temporalité a d'ailleurs été souvent utilisé (mot « temps » présent dans 9 entretiens, « moment », instant», « au quotidien » dans d'autres entretiens).
« Enfin le savoir, c'est quelque chose de tous les instants c'est-à-dire qu'il faut tout le temps se reformer, c'est jamais fini ! On a passé notre temps d'études à ressasser des tonnes et des tonnes de choses ; on a appris des choses qu'on a réappris tout au long de nos études jusqu'au concours et après on répète… Nos études c'est ça : ça n'a été que de la répétition parce que y'a beaucoup de choses qu'on avait déjà appris dès les premières années en fait, qu'on a fait que réapprendre, réapprendre et réapprendre en fait. Même après on ne fait que ça de réapprendre parce que les choses changent, parce qu'on a oublié » (entretien 10).

Si l'humilité a été décrite comme un outil de progression, elle a aussi été décrite comme une conséquence de cette progression notamment dans l'expérience pratique des consultations.

« Je pense que l'expérience doit jouer aussi beaucoup dans cette humilité de savoir qui encore une fois est issu de nos études, et du savoir faire et de l'application qui est issue de nos pratiques. Je crois que l'humilité elle vient avec l'âge, avec le quotidien, avec l'expérience » (entretien 4).

« Souvent ça m'incite à reprendre de la lecture, à aller chercher, à être plus curieuse. Enfin quand j'ai un doute, ça me rebooste en fait. En résumé c'est ça : je me dis que je suis nulle alors il faut que j'apprenne. Ça me rend humble, c'est clair, ça me rend très très humble » (entretien 5).

c) L'humilité permet une meilleure connaissance de soi-même

Dix des médecins ont parlé de la connaissance d'eux-mêmes (le terme « conscience » a notamment été retrouvé dans 5 entretiens). Pour certains, la pratique de l'humilité leur permet une meilleure connaissance de ce qu'ils sont, en tant que médecin et en tant qu'humain dans ce contexte particulier du « colloque singulier ».

« Savoir reconnaitre que parfois le médecin, qui est l'élément que le patient va chercher (parce quand tu viens au cabinet, c'est pas pour avoir des médicaments ou une ordonnance, c'est pour voir un médecin). Alors est-ce-que c'est une forme d'humilité de savoir que finalement tu n'es pas la réponse que tu pensais être ? Tu sais Balint, le médecin médicament. Humilité ou prise de conscience ? » (entretien 1).

« Et puis dans notre carrière, on a des difficultés, on ne réussit pas toujours très bien, ce n'est pas toujours si bien que ça. On se trompe un peu donc on se dit qu'on n'est pas si extraordinaire que ça quand même (sourit)*. Je trouve qu'on est bien obligé par la force des choses de se voir tel que l'on est et ça nous remet à notre place »* (entretien 3).

« Ça me parle ce thème [l'humilité] parce que je crois que ça me va bien. Quand j'étais dans l'industrie pharmaceutique, je manageais une centaine de personnes, je faisais partie du comité de direction, j'étais vraiment dans l'entreprise. Je suis ce que je suis. J'ai jamais essayé de jouer quelqu'un d'autre. Je n'ai jamais été une femme qui essayait de se déguiser en homme pour avoir plus de pouvoir. Je sais que par ma voix, par mon attitude, je donne la perception de quelqu'un de doux, mais j'ai cette perception et je n'ai pas essayé de changer. Et j'en suis consciente » (entretien 11).

Si la majorité des médecins ont donc évoqué l'humilité comme une nécessaire remise en cause, deux médecins ont aussi insisté sur l'importance de reconnaître ce que l'on sait. L'humilité a donc aussi été vue comme une voie de reconnaissance de sa propre valeur médicale.

« Savoir être humble soi-même c'est aussi savoir reconnaitre ses possibilités et forcément son niveau sans vouloir se flatter » (entretien 1).

« Il faut être humble, c'est aussi ne pas lâcher prise et pas se faire absorber par cette ambiance et humeur générale qui serait de dire que le médecin finalement « à quoi bon » et que maintenant on peut se soigner par plein d'autres moyens comme dans d'autres domaines. Vraisemblablement ce n'est pas le cas et je crois qu'il faut savoir le défendre, qu'il faut savoir le montrer » (entretien 4).

Enfin, quatre médecins ont évoqué l'humilité comme une aide contre l'anxiété. Dans leurs discours, ils ont décrit l'humilité comme une aide à la prise de recul et à une meilleure acceptation de leurs activités.

« Je suis plus humble moi-même parce qu'il y aussi le côté plus posé. Encore une fois le côté stress des premières années d'installation, obligation de gérer, de ne pas se tromper, de gérer les rythmes particuliers de la médecine de ville qui faisait que forcément ça devait y ajouter une part de stress (…) En tout cas, je me trouve moins stressé aujourd'hui » (entretien 4).

« J'ai gagné en humilité, paradoxalement parce que je suis peut être moins stressé de faire une erreur alors que je pense que c'est un peu ça qui m'a paralysé pendant toutes mes années d'externat. C'était le fait de faire une erreur, c'était impensable pour moi, c'était inimaginable et je ne voulais pas faire d'erreur, je ne voulais pas avoir ça qui pèse sur ma conscience et pense que progressivement je me suis fait à l'idée que oui c'était dangereux et oui on pouvait faire des erreurs et qu'il fallait qu'on puisse en tirer parti pour avancer et puis faire mieux et toujours mieux » (entretien 10).

« Et cette humilité, elle est liée à pourquoi j'ai fait médecine. Je t'ai dit au début que je me voyais comme sauveur de l'humanité : et bien ça, c'est très risqué. Dans un processus de burn-out, c'est extrêmement risqué. Et donc ma limite pourrait être un moment de dire stop et moi aussi je dois me reposer tu vois. J'en suis consciente » (entretien 11)

2) L'humilité en médecine, une attitude éthique ?

Le mot « éthique » n'a jamais été prononcé au cours de ces 11 entretiens. Toutefois, des questions éthiques ou des réflexions déontologiques ont pu être formulées au cours des entretiens

a) Des références à la déontologie et au devoir médical

Une première analyse du verbatim a montré que le champ lexical du devoir était volontiers utilisé par les médecins lors de ces entretiens : « on doit » dans cinq entretiens, « obligation » dans quatre entretiens. Ce champ lexical a suggéré que plusieurs médecins ont vu l'humilité comme une composante de certains devoirs déontologiques.

« Faire preuve d'humilité (…) pour moi c'est naturel : on devrait rendre obligatoire la formation continue » (entretien 1).

« Donc c'est aussi un devoir de formation, de faire évoluer ses connaissances et ça, on y passe beaucoup de temps mais je pense que c'est primordial » (entretien 4).

« [Etre humble dans notre savoir] c'est à la fois une obligation déontologique et une obligation aussi morale vis-à-vis des patients » (entretien 11).

b) L'humilité dans des questions éthiques

Des problématiques éthiques ont souvent été utilisées dans les illustrations ou les exemples donnés par les médecins enquêtés lorsqu'on les interrogeait sur l'humilité.

Aux questions sur l'humilité dans les relations médecin-malade, plusieurs médecins ont fait allusion plus ou moins clairement au principe fondamental du respect de l'autonomie du patient, qui se distinguait du paternalisme.

« Ben je dirais toutes les consultations nécessitent de l'humilité. Dans l'humilité, y'a le respect : respect du patient derrière ça, respect de la pudeur, le respect en général » (entretien 7).

« Tu acceptes plein de choses avec l'humilité. Tu acceptes ton patient, tu acceptes des situations, tu acceptes… et sans être paternaliste » (entretien 1).

Dans ce domaine, d'autres médecins ont insisté sur le principe de bienfaisance et plus particulièrement l'importance de la prévention en médecine générale.

« Le patient il peut ne pas avoir confiance (...) C'est ce que moi j'explique sur l'intervention brève. C'est quand même effrayant de penser qu'un médecin généraliste qui voit 20 ans un patient, ne lui pose pas la question sur le tabac. Ben le patient en face qui voit ce médecin qu'il aime bien, il se dit « ben le tabac, ce qu'ils me disaient à la télé, c'est pas vrai » « si mon médecin, ne me dit que pas le tabac c'est dangereux depuis 20 ans, c'est qu'il m'en a jamais parlé, c'est que ça ne doit pas être aussi dangereux que ça ». Donc on est quand même une référence. Donc l'humilité oui mais il faut quand même qu'on soit à notre niveau quoi ! » (entretien 8).

Plusieurs médecins ont aussi déclaré avoir besoin d'humilité face aux patients les plus vulnérables notamment les patients en fin de vie ou les enfants, ou encore les patients en fragilité psychologique, qui constituent une population particulière sur le plan éthique. L'humilité dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle a été citée par trois médecins différents.
« L'humilité ça importe beaucoup tu vois quand tu suis des patients chroniques surtout quand tu passes en palliatif, en fin de vie » (entretien 1).
« Je vais ressentir peut être plus [d'humilité] … et bien peut être quand il y a une découverte de maladie grave, où il y a une annonce par exemple, de cancer, d'une maladie chronique sérieuse (…) Là, je vais me sentir petite, je vais me sentir très humble parce que je suis en train de lui dire que sa vie est en train de basculer, ça ne va pas être facile pour l'accompagner » (entretien 5).
« Mais l'enfant c'est différent parce qu'on se retrouve forcément en position de dominant avec l'enfant. Et de par la taille (même si on essaye de se mettre au niveau) et de part le fait qu'elle nous voit comme un vieux. Donc c'est passionnant les consultations avec les enfants, mais il y a des fois où on n'arrive pas à casser ce mur. Il y a des enfants, on le voit dans leurs yeux « t'es pas de mon monde quoi ». Et puis y'en a d'autres au contraire qui font super attention. Donc vis-à-vis de l'enfant là-dessus, c'est beaucoup plus facile d'être très humble : d'abord parce qu'ils nous renvoient dans les cordes très vite» (entretien 8).

Deux médecins ont aussi évoqué leur besoin d'humilité face à des patients présentant des cultures différentes.
« Moi j'ai un exemple d'une patiente qui vient du Cameroun, mais 10 ans après, elle m'a passé un coup de fil : visiblement elle était vraiment à côté de la plaque, elle n'avait rien

compris à ce qui se passait pour son mari mais elle gardait cette idée là à propos d'une douleur thoracique… Moi ça me questionne, comment ça se fait qu'on soit dans une telle incompréhension malgré les essais, les tentatives de discussion. Des fois, vous parlez à des gens et ils ne vous comprennent pas ; mais sûrement que nous, on ne les entend pas non plus, et pourtant on fait des efforts » (entretien 8).

A défaut d'être clairement cité, l'éthique a aussi été évoquée dans les questions concernant les relations interprofessionnelles. Le manque de communication entre deux médecins soignant un même malade a notamment été décrit comme une problématique éthique alors que l'humilité permettrait d'améliorer cette communication.

« J'ai mangé avec deux gars l'autre jour de la ville, des cardiologues, bon ben ce sont des mecs normaux, on peut causer avec des mecs comme ça. Mais y'en a certains ils sont sur une autre planète » (entretien 8).

[Sur la communication entre médecins] «Mais moi je suis intimement convaincue que dans la discussion de toute façon, on règle tous les problèmes, il faut en parler. Donc ça peut demander de l'humilité pour faire le premier pas, alors que parfois on peut avoir l'impression que ce n'est pas notre faute, tu vois. Mais si on s'enferre chacun, si chacun s'enferre de toute façon, à un moment donné, on va se retrouver dans une voie sans issue» (entretien 10).

Les médecins pratiquant la confraternité au sein de cabinet de groupe ont tous cité ces échanges comme une chance pour eux et pour leurs patients. Le respect du travail des confrères a été plusieurs fois évoqué.

« Mais ça veut dire qu'on se voit, qu'on s'astreint (…) une fois par mois, on a un temps pour nous, de cabinet où on se voit. On parle parfois de nos dossiers, on parle aussi de notre quotidien et puis de ce qu'on peut avoir. Et puis on maintient absolument ce lien là et on en a vraiment besoin. Si on ne le faisait pas, je pense qu'on en manquerait » (entretien 4).

Comme nous l'avons déjà vu, quatre des médecins interrogés ont rappelé que l'intérêt du patient prévalait devant toutes ces problématiques qui pouvaient surtout révéler l'orgueil des médecins.

« *Mais si on se dit c'est pour le bien du patient, c'est une bonne chose que cette vision différente est bienvenue, et bien ça ne pose pas de problème en fait »* (entretien 3).

c) L'humilité, une voie vers une éthique personnelle

Au delà de l'aspect médical, trois médecins ont aussi évoqué l'apport de l'humilité dans leur vie personnelle. La pratique de l'humilité dans sa pratique de médecin a ainsi pu être décrite comme un enrichissement sur le plan individuel.

L'un des médecins l'a rapprochée d'une morale religieuse.
« Tu t'abaisses, tu te mets à la hauteur du patient, comme le pénitent. Tu te rends humble au sens biblique du terme » (entretien 1).

Les médecins ont aussi été interrogés sur leur évolution aux cours de leur carrière en regard de l'humilité. Nous avons déjà dit que la majorité des médecins (n=10) ont évoqué une meilleure connaissance d'eux-mêmes. Deux médecins ont suggéré que cette réflexion sur eux-mêmes pouvait leur apporter une meilleure considération de leur valeur personnelle.
« L'expérience, par les erreurs avec lesquelles on apprend et par le fait que, oui, soi-même dans l'évolution de sa carrière mais aussi dans sa vie personnelle, fait qu'à un moment donné il ya une certaine sagesse qui doucement doit s'acquérir » (entretien 4).
« La réflexion que je dirais c'est que je pense qu'on a tous nos qualités et nos défauts, qu'on est tous différents. Donc quand on travaille avec d'autres, on peut voir nos différences et puis qu'il faut s'accepter comme quelqu'un d'imparfait. Et puis vivre avec » (entretien 3).

DISCUSSION

I. LIMITES ET BIAIS

A. Limites liées à la méthodologie qualitative

Cette étude a porté sur un petit nombre de cas (11 médecins généralistes). Nous ne pouvons évidemment pas obtenir de résultats statistiques avec cette méthode. Ces résultats ne seraient donc être vus comme représentatifs de la population des médecins généralistes français.

Mais la méthode utilisée a visé à étudier les représentations d'un groupe d'individus sur un sujet et non à établir des résultats quantitativement généralisables. C'est aux mots plus qu'aux chiffres que nous accordons de l'importance. De plus la saturation des données a été obtenue.

B. Biais de sélection

Le recrutement s'est effectué par méthode de proche en proche chez des médecins volontaires. Cela a pu induire un biais de recrutement dans la mesure où la majorité des médecins interrogés étaient a priori intéressés par notre sujet. D'ailleurs un des médecins l'a clairement déclaré pendant l'entretien : *« l'humilité, c'est quelque chose qui me correspond assez bien je pense ».*

Seuls deux médecins ont été recrutés de manière aléatoire. Ces deux médecins ne sauraient représenter des cas extrêmes ou déviants, c'est-à-dire en l'occurrence des médecins dont la pratique serait plus « paternaliste ». L'opinion de cas déviants aurait pu être intéressante en raison d'un point de vue particulier. Ce bais a pu induire un manque de diversité dans les réponses des médecins enquêtés et surestimer nos résultats.

C. Biais de mesure lié à la subjectivité de l'enquêteur

Nous sommes impliqués dans l'enquête. Nos recherches sur le sujet ont pu introduire un biais car elles ont pu amener à diriger et interpréter l'entretien dans le sens de nos opinions. De plus, l'entretien réalisé selon la méthode semi-directive nécessite une bonne connaissance de cette pratique. Par notre inexpérience dans la réalisation des entretiens

notamment dans les techniques de reformulation et de relance, les échanges ne peuvent pas être considérés comme optimaux. L'enquêteur s'est formé par la lecture d'ouvrage sur la méthodologie des entretiens semi-dirigés notamment l'ouvrage de Kivits (113). Enfin le lien entre l'enquêteur et deux des médecins interrogés (anciens maîtres de stages universitaires) a pu biaiser certaines réponses dans ces deux entretiens.
Nous pensons là-encore que ces biais ont pu conduire les résultats dans le sens de nos propres opinions.

D. Biais de prévarication

L'enquête portant sur un sujet personnel voire intime, nous ne pouvons certifier la véracité des réponses des médecins enquêtés. En effet, comme l'ont bien vu plusieurs auteurs anglo-saxons (115,116), la mesure de l'humilité est rendue difficile car ceux qui s'identifient comme humbles ont tendance à avoir une haute estime d'eux-mêmes tandis que ceux qui sont humbles n'en sont parfois pas conscients.
De ce fait, il est difficile d'analyser l'impact de ce bais sur les résultats. Toutefois, au vu du recrutement sélectif des médecins (sur des critères d'intérêt concernant le sujet), nous pouvons émettre l'hypothèse que ce biais a pu sous-estimer les résultats de l'enquête.

E. Biais de mémoire

La méthodologie utilisée avec des entretiens d'une vingtaine de minutes a laissé peu de temps aux médecins interrogés pour se souvenir de faits parfois anciens avec un temps de réponse relativement court : se remémorer des faits anciens sans y avoir été préparé peut représenter une difficulté que certains interviewés ont exprimé *« là, comme ça, ça ne me vient pas des exemples d'humilité ».*
Par ailleurs, la plupart des entretiens ayant été réalisés durant des journées de consultations souvent chargées pour les enquêtés, le manque de temps a pu être un facteur limitant dans leurs réponses. Toutefois, tous les enquêtés ont fait preuve d'une grande disponibilité et tous les entretiens ont été menés jusqu'à leur terme.
Nous estimons que ce biais a pu modérément sous-estimer nos résultats.

F. Biais liés à l'interprétation

Cette méthode d'enquête introduit, par l'analyse qu'elle impose, un biais d'interprétation. En effet, les mêmes propos peuvent être classés et analysés différemment en fonction du vécu et de la personnalité de l'enquêteur. Nous avons tenté de limiter ce biais en introduisant une triangulation des données sur les deux premiers entretiens à l'aide d'une tierce personne.

Néanmoins, la grille d'entretien ayant un peu évolué dans la suite de l'enquête, nous ne pouvons prétendre à une objectivité parfaite sur l'interprétation des résultats qui a pu être influencée par notre propre opinion dans le sens d'une surévaluation de ceux-ci.

Pour toutes ces raisons, il nous est difficile d'assurer la transférabilité de ces réponses à une échelle plus globale et d'autres études seraient nécessaires pour confirmer ou infirmer ces résultats.

II. FORCE ET IMPACT DE CE TRAVAIL

A. Choix et originalité du sujet

L'étudiant en médecine et le médecin sont souvent confrontés à la souffrance, à leur impuissance technique ou humaine, à leurs échecs. Cela fait partie du quotidien de nombreux médecins généralistes.

Pourtant, l'humilité est un thème peu abordé en médecine, particulièrement en France. Il nous est pourtant apparu crucial et transversal tout au long de notre propre formation notamment durant l'internat. Nous pensons que le médecin ne peut se résumer à un savoir ou un savoir-faire ; il doit aussi développer un savoir-être pour répondre au mieux à ses missions. Nous pensons que l'humilité s'inscrit profondément dans ce savoir-être et nous voulions connaître les représentations des médecins généralistes à ce sujet.

B. Justification de la méthode

Nos recherches bibliographiques sur l'humilité ne nous ont fourni que peu d'informations sur l'humilité du médecin généraliste. Ces informations nous ont semblé soit peu exploitables soit discutables pour une méthode quantitative (notamment les tests d'évaluation psychologique sur l'humilité dont la fiabilité est débattue).

Surtout, plus qu'à une approche statistique, nous désirions connaître les représentations, les croyances et les pratiques des médecins généralistes. L'étude qualitative nous a donc semblé appropriée.

L'entretien semi-directif, qui associe à la fois une liberté de parole et un cadre de discussion, nous est apparu comme une méthode adaptée à notre travail.

III. DISCUSSION DES RESULTATS

A. Sur les caractéristiques de l'échantillon

L'âge moyen de notre échantillon est de 48 ans, ce qui est sensiblement plus jeune que la moyenne d'âge nationale en 2017 (57 ans). Par ailleurs, la tranche d'âge des 30-40 ans a été probablement surreprésentée (36% de l'échantillon).

L'échantillon est composé d'une légère majorité d'hommes (54,5%) ce qui est assez proche des données nationales (54,2%) en 2016 (67).

Tous les médecins généralistes de l'échantillon se sont installés en médecine libérale avec une installation moyenne à l'âge de 32,9 ans ce qui est relativement proche des données nationales (34,1 an) (67).

Les médecins ont déclaré réaliser en moyenne 24 consultations par jour, ce qui est proche d'une étude statistique réalisée en 2017 (22 consultations/jour pour les médecins généralistes à l'échelle nationale) (117).

Enfin nous nous sommes attachés à avoir à la fois des médecins travaillant en milieu rural (18,2%), en milieu urbain (45,4%) et en milieu semi-urbain (36,4%).

Il nous est difficile de savoir si ces différences ont pu influer sur les résultats et dans quel sens. Toutefois le but du recrutement a été de constituer un échantillon plus caractéristique que représentatif de l'ensemble des médecins généralistes français.

Enfin, la majorité des médecins avait des activités annexes à leur activité libérale. Nous tenons à préciser qu'il y avait notamment 5 maîtres de stage universitaires (45,5%), ce qui constitue une surreprésentation qui a pu influencer nos résultats. En effet, nous pensons que, de part leur pratique d'enseignement, les maîtres de stage sont plus habitués à avoir une attitude réflexive sur leur activité.

B. Résultats de l'analyse

1) Une humilité déjà présente dans la pratique des médecins généralistes

L'objectif principal de cette étude est de décrire comment le médecin généraliste se représente l'humilité dans l'exercice de sa profession. Tous les médecins généralistes se sont déclarés concernés par le sujet, un seul des médecins ayant trouvé le terme peu adapté car difficile à définir pour lui. Ces résultats semblent concorder avec les études quantitatives réalisées dans d'autres populations de médecins (46,47).

Nous avons craint au début de notre étude que l'humilité paraisse étrange voir contraire aux pratiques des médecins généralistes. La richesse et la diversité des entretiens nous a confirmé qu'au contraire, cette vertu, discrète par nature, est bien présente dans le quotidien de l'exercice du médecin généraliste. Conscient de la beauté et des difficultés de ses missions, le médecin généraliste est régulièrement amené à réfléchir à sa pratique et nous ne pouvons qu'apprécier cette qualité. Nous pensons que l'humilité est bien plus vaste que les quelques idées contenues dans ces pages.

Les résultats concordent généralement avec les études menées dans le champ médical sur deux types d'humilité : l'humilité culturelle et l'humilité épistémique.

a) L'humilité culturelle

Les médecins interrogés sur leurs relations aux autres (que ce soit les patients ou les autres soignants) ont bien mis en évidence les trois dimensions de l'humilité culturelle définies par Bates et Bickey (118) :

- Une juste conscience de soi
- Une communication respectueuse
- Un partenariat de collaboration

Une juste conscience de soi

Les entretiens montrent que les enquêtés ont conscience de la représentation culturelle de leur rôle de médecin, généralement vu comme un homme sachant et puissant. De plus, certains ont aussi conscience qu'ils se définissent par leurs caractéristiques culturelles (plusieurs ont parlé de leurs origines sociales, un a évoqué sa religion). Cette prise de conscience de soi permet de prendre aussi conscience de ses propres valeurs et préjugés (que nous avons tous) comme ce médecin sexagénaire qui a montré en exemple ses difficultés initiales avec un jeune patient fumeur et tatoué (entretien 8) ou ces médecins qui reconnaissent des préjugés initiaux par rapport au travail des infirmières.

Une communication respectueuse

Les médecins interrogés expriment une curiosité pour le savoir ou les croyances de leurs patients mais aussi pour les pratiques de leurs collaborateurs, médecins ou paramédicaux (par exemple, dans l'entretien 4, le médecin fait allusion à des consultations réalisées par des infirmières auxquelles elle a assisté). Cette curiosité s'exprime aussi sous forme de respect dans la communication et de reconnaissance de sa propre ignorance. Ce respect n'empêche pas le regard critique : respecter n'est pas adhérer.

En outre, les médecins interrogés insistent sur la communication et l'écoute du patient (mais aussi des collaborateurs médicaux et paramédicaux). Communiquer nécessite d'abord d'écouter. Ecouter permet de reconnaître aux patients une forme d'expertise dans leurs maladies en prenant en compte leur dignité. Cela corrobore les études montrant que l'humilité améliore la communication entre médecins et patients (46,47).

Un partenariat de collaboration

En travaillant continuellement sur lui-même et en regardant à travers « le prisme » des autres (patients ou autres soignants), le médecin construit une relation de collaboration qui renforce la santé du patient (dans le cadre de la relation médecin-patient) ou le travail en équipe (dans le cadre des relations interprofessionnelles). Les médecins interrogés insistent tous sur ces dimensions de collaboration et de travail en équipe interdisciplinaire.

L'humilité permet ainsi de distinguer ce qui est vraiment important pour la santé du patient de ce qui est de la simple information. Elle permet ainsi d'élaborer une approche unique de soin qui fait coïncider ses croyances avec des soins médicaux efficaces. Fort de son savoir de clinicien, le médecin humble construit ainsi un soin centré sur le patient dans le respect de sa dignité (45).

Dans sa description du consentement comme pierre angulaire de la relation médecin-malade, Sicard décrit trois écueils au consentement libre et éclairé : la rapidité de l'échange sans la prise de temps nécessaire à la réflexion, la façon directive médicolégale de la présentation (faisant passer l'adhésion du malade pour une obligation) et la prime à l'écrit plus qu'à l'oral (33). Or, nous l'avons vu avec les réponses des médecins interrogés, par l'humilité, le médecin prend le temps de l'écoute, respecte les points de vue et représentations du patient et donne de la valeur aux mots notamment en adaptant son discours à la compréhension du malade et en communiquant une part de son humanité. L'humilité du soignant peut ainsi apparaître comme nécessaire à la réception d'un consentement libre et éclairé, pilier d'un partenariat entre soignant et soigné.

b) L'humilité épistémique

Les médecins généralistes sont régulièrement confrontés à l'incertitude (94,96) et reconnaissent faire des erreurs dans une profession au champ de connaissance si large (119). Les entretiens montrent que l'humilité des médecins les aide à prendre conscience de leurs faiblesses scientifiques. Si cette prise de conscience peut parfois être vécue comme une souffrance ou, du moins, une difficulté, elle apparaît aussi comme indispensable puisqu'elle est le premier pas vers une progression dans la connaissance. Les médecins sont

d'ailleurs volontiers critiques envers leurs confrères trop sûrs d'eux-mêmes, tel ce médecin se remémorant son propre médecin de famille dans son enfance à l'attitude jugée paternaliste (entretien 7). Comme le suggèrent certains auteurs, les médecins doivent apprendre à être plus à l'aise avec l'incertitude et l'analyse de leurs erreurs (56,97,120) ou pour paraphraser Voltaire « le doute n'est pas une condition agréable mais la certitude est absurde » (*lettre à Fréderic II*, 1767).

Dans une médecine dominée par le principe de preuve (*Evidence-Based Medicine*), théorisé à la fin du XX^{ème} siècle (121), nous pensons qu'accepter une certaine incertitude et ignorance permet d'améliorer le soin dans la mesure où elle redonne une place aux questionnements et au jugement clinique du praticien. Plusieurs auteurs ont ainsi développé l'idée d'humilité épistémique (120,122,123) qui ne s'oppose évidemment pas à l'*Evidence-Based Medicine* mais qui demande au médecin de se questionner face à l'incertitude. La médecine peut alors redevenir à la fois science et art.

Car si l'humilité du médecin n'était qu'une reconnaissance des ses limites, elle ne serait que pusillanimité, simple reconnaissance de son impuissance (10). Mais comme le montrent bien les entretiens, les médecins que nous avons interrogés voient dans l'humilité une force de progression et de persévérance pour poursuivre leur apprentissage au quotidien. Comme cela a déjà été suggéré, l'humilité doit être entretenue pour améliorer les pratiques et éviter la récidive d'erreurs médicales (56,97).

2) Une humilité redoutée ?

L'humilité peut sembler risquée dans la pratique du médecin généraliste. Ce risque est bien perçu par les médecins généralistes interrogés : *« avec l'humilité, tu t'exposes »* (entretien 1).

Faire ce travail d'humilité sur soi, c'est prendre conscience de ses propres émotions. Or cela peut en effet aller à l'encontre d'une certaine culture médicale qui réclame une distance affective pour permettre la relation thérapeutique. Les médecins interrogés sont généralement conscients de ce risque et, comme certains auteurs le suggèrent, ne nient pas

cette notion de distance nécessaire avec le patient mais peut-être s'agit-il plus d'une distance « philosophique » que d'une distance affective, permettant ainsi au soignant d'être librement en lien émotionnel avec un patient « sans y laisser sa peau » (124).

Face au patient hautain et revendicateur, nous voyons que les médecins ont parfois du mal à rester humble *: « quand je me sens agressée ou prise de haute, ça va me saouler »* (entretien 5). Nous pensons qu'il ne faut pas interpréter cette réaction comme un manque d'humilité des médecins mais au contraire, un refus de l'humiliation. Nous voyons donc que l'humilité ne peut pas s'appliquer qu'au médecin, elle doit aussi être partagée par le patient (14). Nous avons senti que la plupart des médecins entendent bien ces distinctions et appellent à prendre la distance, peut-être plus envers ses propres réactions et émotions qu'envers le patient. Pour reprendre le philosophe Avishai Margalit, « il faut considérer le comportement humiliant comme une épreuve plutôt que comme une raison valable de se sentir humilié » (*La Société Décente*, 2007).

Un des autres risques pointés par certains médecins est le manque de clarté ou le flou qu'un discours médical humble peut créer pour une partie des patients. Nous pensons en effet que l'humilité n'est pas le refus de la part du médecin de prendre des décisions, sinon l'humilité ne serait qu'un manque de confiance en soi, ce qui est contradictoire (10,14,106,125). Au contraire, le médecin confiant en lui-même nous paraît assez humble pour terminer ses consultations en se renseignant sur la bonne compréhension de son discours par le patient, par exemple en l'invitant à reformuler par ses propres mots (118,126). De plus, nous pensons que laisser une place au patient dans la prise de décision partagée n'est pas se cantonner au rôle d'informateur neutre mais bien réhabiliter le rôle du médecin en tant que conseiller préoccupé de la transmission et de l'application de son savoir (127).

3) Une humilité à développer

Les entretiens montrent que les médecins comprennent bien le caractère fluctuant de l'humilité et reconnaissent parfois en manquer. Il nous semble que c'est justement faire preuve d'humilité que de ne pas « s'enorgueillir de sa modestie », comme le note avec ironie Jules Renard dans son *Journal* paru en 1925.

L'humilité, peu évoquée dans le cursus médical, peut donc trouver une place quotidienne dans la pratique des médecins. Les médecins interrogés qui avaient le plus d'expérience reconnaissent d'ailleurs que les changements pédagogiques de ces dernières années ont permis de faire émerger une nouvelle génération de médecins plus conscients de leurs missions : *« je rencontre maintenant des jeunes collègues avec qui c'est agréable de travailler et puis surtout qui osent dire des trucs ! Parce que nous, à l'époque, on disait rien, on avait trop peur de se faire manger »* (entretien 8).

Comme certains auteurs (59,89,104), nous pensons donc que l'humilité devrait être présente dans la formation des médecins. Coulehan, un médecin et enseignant américain qui a beaucoup écrit sur l'humilité dans sa pratique, pense que le monde médical actuel sous-évalue l'introspection et que l'humilité au quotidien permettrait de développer et d'entretenir trois qualités utiles au médecin : une connaissance permanente de soi-même, une ouverture empathique aux autres et une gratitude pour le privilège de soigner (128). La formation continue permet déjà des groupes d'échange que ce soit au travers de groupe Balint, de réunions de pairs etc. qui devraient être encouragés dès le début de la formation des médecins. Cela pourrait permettre de mettre en valeur l'humilité chez le médecin au travers de changements comportementaux et notamment comme l'écrit Coulehan (129) :

- Une ouverture d'esprit sans prétention
- Une lutte contre l'arrogance
- Une auto-évaluation et réévaluation honnête
- Une modulation de ses propres intérêts personnels.

Cette démarche s'inscrit dans un contexte plus large de réflexion éthique dans la pratique du médecin généraliste, réflexion qui se construit elle-même sur l'humilité du soignant. Car

l'éthique médicale ne peut se résumer à un discours déterminé réservé à des experts. Avec l'humilité, l'éthique peut alors être vue comme une attention, une vigilance constamment renouvelée (34) qui aide à la décision pour parvenir à des solutions plus humaines voire humanistes. Comme l'écrit Baumann, *« la relation médecin-malade réalimente en permanence la réflexion éthique en relativisant les réponses scientifiques et en réintroduisant le doute et l'humilité nécessaires dans ces relations »* (130).

Comme le dit l'un des médecins interrogés, la médecine est alors un chemin de formation et d'apprentissage permanent. Mais la pratique de l'humilité au long de ce chemin apporte aussi une vraie satisfaction *: « Je vais prendre ma retraite bientôt et quand je réfléchis, je ne regrette pas tout ce chemin »* (entretien 8).

4) Réflexions personnelles

Terminer par ces mots plein d'espoir, nous motive à l'heure de débuter notre travail de médecin généraliste. Nous pensons que ce travail, qui se veut plus comme un point de réflexion qu'une leçon de morale, nous a aidés à mieux comprendre nos missions, confiant dans la richesse de notre exercice quotidien et conscient des réussites et échecs inévitables. Mais l'humilité nous apparaît désormais plus comme une action que comme une attitude, une nécessité pour aller de l'avant dans l'exercice quotidien. Comme l'a écrit Saint-Exupéry *« je comprends le sens de l'humilité. Elle n'est pas le dénigrement de soi. Elle est le principe même de l'action ».*

Nous croyons aussi que la médecine ne peut se résumer à des concepts scientifiques mais qu'elle doit s'enraciner dans la vie quotidienne des hommes qui sont sa préoccupation. Ainsi, si l'humilité n'est pas absente du raisonnement scientifique, elle est plus largement présente comme qualité humaine. Cela nécessite un apprentissage permanent, par et avec les autres (patients ou professionnels de santé) mais aussi une sensibilité à affiner qui fait de la médecine à la fois une science et un art.

Prétendre rester humble serait paradoxalement prétentieux et nous savons que cette vertu est un idéal, comme le rappellent (humblement) certains médecins. Ainsi nous voudrions nous remémorer l'adage d'Hippocrate, répété aux jeunes étudiants en médecine : *« La vie est courte, l'art long à acquérir, l'occasion propice fugitive, l'expérience personnelle*

incertaine et le jugement difficile ». L'humilité est donc un chemin difficile, quotidien plus qu'une attitude morale immuable. Elle nous permet d'être sincèrement dans le monde. Nous pensons donc que l'humilité, au-delà des compétences médicales, nous aide à développer des compétences humaines.

CONCLUSION

L'humilité est une notion vaste et complexe, insaisissable pour certains mais essentielle pour d'autres. SI elle n'est pas explicitement présente dans les vertus hippocratiques, un bref aperçu historique montre qu'elle prend sa place au fil de l'histoire de la pensée humaine et dans la pratique médicale. En effet l'humilité peut être considérée comme une juste connaissance de soi, de ses capacités et de ses limites. En conséquence, elle est aussi une disposition d'esprit, active et personnelle, car elle oblige le médecin à dépasser ses limites, dans un mouvement inverse du dénigrement de soi. De plus l'humilité permet aussi une disponibilité à l'autre par l'accueil et l'écoute respectueuse, en reconnaissant à autrui sa dignité. Ainsi, elle est aussi un mode de réflexion interactive car elle permet d'avancer dans une relation équilibrée avec les autres, en opposition à la rivalité.

A l'heure où les pouvoirs grandissants de la science médicale font naître de nombreux questionnements éthiques et où les changements sociaux et techniques modifient le travail des professionnels de santé, nous nous sommes demandé si l'humilité avait toute sa place en tant que disposition d'esprit nécessaire à l'exercice de la médecine générale.
Cette étude qualitative a permis d'explorer les représentations des médecins généralistes sur le sens de l'humilité, afin d'évaluer si elle était un concept tombé en désuétude ou une valeur présente et nécessaire dans leur pratique.

Cette étude montre que l'humilité a du sens dans le travail des médecins généralistes sondés, par une humilité culturelle, relationnelle et par une humilité épistémique. Dans son rapport au patient, le médecin généraliste est amené à faire preuve d'humilité pour respecter les principes éthiques qui fondent leur relation. L'humilité lui permet la patience et l'écoute, l'ouverture au malade, dans le respect du vécu de sa maladie et dans la recherche de son accord. Elle est ainsi fondamentale dans le respect de son autonomie et la volonté de bienveillance. Enfin, elle permet de créer une relation de collaboration, basée sur la confiance mutuelle et la volonté juste de soigner chacun selon ses besoins.
À l'époque de l'émergence du travail de groupe, le médecin est appelé à faire preuve d'humilité pour construire une relation plus saine et équilibrée. Il accepte que le travail en équipe remette en cause et change sa façon d'exercer. Il progresse ainsi dans son savoir, son

savoir-faire et son savoir-être. Par la construction de modèle sans hiérarchie traditionnelle, l'humilité lui permet une ouverture d'esprit guidée par le souci fondamental du bien du malade en acceptant l'échange avec son équipe sans redouter le sentiment d'être dépossédé de la prise en charge du patient et de des prises de décisions (qui deviennent collégiales et pluridisciplinaires).
Enfin l'humilité est une prise de conscience sur son savoir. Face à une science vaste et évolutive, le médecin généraliste reconnaît les limites de son savoir. Mais son humilité ne le conduit pas à se contenter de cette impuissance parfois douloureuse. Elle l'oblige à dépasser ses limites et à s'améliorer continuellement par la formation et l'auto-formation.

Valeur idéale, l'humilité est une vertu qui se recherche au quotidien et permet de ne pas se reposer sur ses acquis. Elle ouvre ainsi en permanence des nouveaux champs de réflexion, s'inscrivant profondément dans l'éthique du médecin qui avance plus par questionnements que par certitudes. Dès lors, l'humilité est une attitude qui, pour nous, devrait être mise en valeur dans la formation des médecins, initiale et continue, au travers par exemple d'illustrations sur les erreurs médicales et les échecs relationnels des médecins. Nous pensons aussi qu'il faut encourager les formations et les échanges inter et pluridisciplinaires, guidant vers l'ouverture d'esprit et l'introspection personnelle. Notre regard de jeune généraliste a été enrichi du partage de ces expériences qui dépassent les concepts scientifiques de la médecine mais seulement pour mieux se rapprocher du patient et des relations humaines dans ce qu'elles ont de plus simples et authentiques. Ce travail nous a convaincus de rechercher la singularité de toute relation humaine dans l'ordinaire des consultations quotidiennes. Au delà de compétences médicales, nous espérons donc que l'humilité nous fasse progresser dans des compétences humaines faisant de notre travail à la fois une Science et un Art.

Mais ne voir ces compétences qu'à travers le prisme de l'unique expérience des médecins, n'est-ce déjà pas une forme de prétention ? De plus amples travaux pourraient permettre d'explorer les représentations et les points de vue des patients car l'humilité n'est certainement pas l'apanage des médecins, ni même des soignants mais de toute relation humaine.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. De l'ego démesuré des médecins - Forum [Internet]. atoute.org. 2008 [cité 21 févr 2017]. Disponible sur: http://www.atoute.org/n/forum/showthread.php?t=77332

2. Bataille P. Pourquoi les gens intelligents sont les pires patients pour les médecins [Internet]. 2014 [cité 21 févr 2017]. Disponible sur: http://www.atlantico.fr/decryptage/pourquoi-gens-intelligents-sont-pires-patients-pour-medecins-philippe-bataille-1700057.html

3. Winckler M. En France, beaucoup de spécialistes devraient apprendre l'humilité [Internet]. 2013 [cité 8 févr 2017]. Disponible sur: http://www.martinwinckler.com/article.php3?id_article=1115

4. Marion Lagneau. Ego surdimensionné [Internet]. Cris et Chuchotements Médicaux. 2008 [cité 21 févr 2017]. Disponible sur: https://cris-et-chuchotements-medicaux.net/2008/11/24/article-25117178/

5. Cicure I. Docteurs en humilité. L'Express [Internet]. 19 avr 2004 [cité 21 févr 2017]; Disponible sur: http://www.lexpress.fr/informations/docteurs-en-humilite_655820.html

6. Adnès P. Dictionnaire de spiritualité. Vol. 7. Paris: Beauchesne; 1969. 105 p.

7. Comte-Sponville A. Petit traité des grandes vertus. Puf. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 1995. 391 p.

8. Aristote, Barthélemy-Saint-Hilaire J. La Grande Morale - Livres I et II. 2015. 383 p.

9. Lombard J. Aristote et la médecine : Le fait et la cause. Paris: Editions L'Harmattan; 2004. 160 p.

10. Monod G. Au fondement de la relation thérapeutique : l'humilité [Thèse de Doctorat d'Université, Philosophie pratique]. Université Paris-Est; 2015.

11. Jouanna J. Hippocrate. Paris: Fayard; 1992. 648 p.

12. Gaffiot F. Dictionnaire de poche Latin-français : Gaffiot Top poche. Paris: Hachette Education; 2008. 820 p.

13. Aurèle M. Pensées pour moi-même. Paris: Flammarion; 1999. 222 p.

14. Guisnet-Karabetsos B. L'humilité: disposition d'esprit nécessaire à l'exercice quotidien de la médecine [Thèse d'exercice, Médecine]. Université de Poitiers; 2000.

15. Varillon F. L'humilité de Dieu. Paris: Bayard Jeunesse; 2005. 159 p.

16. Konare DAO. Fonctions de l'investissement religieux: étude sur une population musulmane malienne [Thèse de doctorat, Psychologie]. Boulogne-Billancourt, France: École doctorale Cognition, comportements, conduites humaines; 2013.

17. Gehan Abdel-Raouf. Bulug al Maram Min Adillat al Ahkam (English Translation with Original Arabic Text) : Attainment of the Objective in Conformity with Evidence of the Legal Judgments. Egypte: Dar Al Kotob Al Ilmiyah; 2006. 254 p.

18. Soulier J. Du serment d'Hippocrate à l'éthique médicale. [Thèse de Doctorat, Médecine]: Université d'Aix-Marseille II;1985.

19. École de médecine de Salerne. In: Wikipédia [Internet]. 2017 [cité 21 mars 2017]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=%C3%89cole_de_m%C3%A9decine_de_Salerne&oldi

20. Daremberg CV. L'Ecole de Salerne. Paris: Baillière; 1880.

21. Eckhart M, Libera A de. Sur l'humilité. Nouvelle éd. Paris: Arfuyen; 2005. 115 p.

22. Dandrey P. Le « cas » Argan, Molière et la maladie imaginaire. Paris: Klincksieck; 2006. 446 p.

23. Poirier J-P. Ambroise Paré : Un urgentiste au XVIe siècle. Paris: Pygmalion; 2005. 345 p.

24. White W. Recent Osler Literature. Bull Med Libr Assoc. juill 1951;39(3):212-5.

25. Austin MW. Is Humility a Virtue in the Context of Sport? J Appl Philos. 1 mai 2014;31(2):203-14.

26. Manson M. L'art subtil de s'en foutre: Un guide à contre-courant pour être soi-même. 1re éd. Paris: Eyrolles; 2017. 188 p.

27. Krumrei-Mancuso EJ, Rouse SV. The Development and Validation of the Comprehensive Intellectual Humility Scale. J Pers Assess. 2016;98(2):209-21.

28. Alfano M, Iurino K, Stey P, Robinson B, Christen M, Yu F, et al. Development and validation of a multi-dimensional measure of intellectual humility. PLOS ONE. août 2017;12(8).

29. Ashton MC, Lee K. The HEXACO-60: a short measure of the major dimensions of personality. J Pers Assess. juill 2009;91(4):340-5.

30. Yonatan-Leus R, Tishby O, Shefler G, Wiseman H. Therapists' honesty, humor styles, playfulness, and creativity as outcome predictors: A retrospective study of the therapist effect. Psychother Res J Soc Psychother Res. 24 févr 2017;1-10.

31. Buffel du Vaure C. Déterminants de l'empathie clinique des Médecins Généralistes et de leur pratique [Thèse de Doctorat, Médecine]. Paris 5 Diderot; 2012.

32. Fantino B, Wainsten J-P, Bungener M, Joublin H, Brun-Strang C. Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient, Summary. Santé Publique. 2007;19(3):241-52.

33. Sicard D. L'éthique médicale et la bioéthique. 4e édition. Paris: PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE - PUF; 2015. 128 p.

34. Lefève C. Devenir médecin. Paris : Presses Universitaires de France - PUF; 2012. 68 p.

35. Folscheid D, Mintier BF-L, Mattéi J-F. Philosophie et droit de l'éthique médicale. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 1997. 616 p.

36. Carton M, Biencourt M, Cacault J-A, Cerruti F-R, Cressard P, Lagarde G, et al. Les médecins dans leur environnement [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2009 juin [cité 8 févr 2017].

37. Dumont F. Impact d'Internet sur la relation médecin-patient en médecine générale du point de vue du patient. Etude observationnelle descriptive et analytique auprès de 1521 patients. [Thèse de Doctorat, Médecine]. Université de Grenoble; 2013.

38. Antonini S. Étude de la véracité des articles médicaux sur Wikipédia[Thèse de Doctorat, Médecine]. Aix-Marseille Université; 2017.

39. Akrich M, Méadel C, Rabeharisoa V. Se mobiliser pour la santé: Des associations témoignent. Presses des Mines; 2013. 223 p.

40. Boudier F, Bensebaa F, Jablanczy A. L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. Innovations. 11 oct 2012;(39):13-25.

41. Botelho RJ. A Negotiation Model for the Doctor-Patient Relationship. Fam Pract. 1 juin 1992;9(2):210-8.

42. Cameron JJ, McColl MA. Learning client-centred practice short report: experience of OT students interacting with « expert patients ». Scand J Occup Ther. juill 2015;22(4):322-4.

43. Lebacqz K. Humility in Health Care. J Med Philos. 1 juin 1992;17(3):291-307.

44. Sarrazin C. Gestion des relations médecin-patient conflictuelles en médecine générale : enquête auprès de vingt médecins généralistes par entretiens semi-dirigés[Thèse de Doctorat, Médecine]. Université de Poitiers; 2012.

45. Odier G. Carl Rogers, être vraiment soi-même: l'approche centrée sur la personne. Editions Eyrolles; 2012. 218 p.

46. Chou CM, Kellom K, Shea JA. Attitudes and Habits of Highly Humanistic Physicians. Acad Med. sept 2014;89(9):1252.

47. Ruberton PM, Huynh HP, Miller TA, Kruse E, Chancellor J, Lyubomirsky S. The relationship between physician humility, physician-patient communication, and patient health. Patient Educ Couns. 2016;99(7):1138-45.

48. Louis-Courvoisier M. Aspirations éthiques et réalité de la pratique médicale à la fin de l'Ancien Régime. Can Bull Med Hist [Internet]. 13 déc 2016 [cité 6 mars 2018]

49. Jollien A. Eloge de la faiblesse. Paris: Marabout; 2011. 96 p.

50. Thorne B. Comprendre Carl Rogers. Toulouse: Privat; 1994. 163 p.

51. Delassus E. Penser le corps malade : Spinoza et l'éthique médicale. Univ Rennes 1. 2 mars 2014.

52. Tervalon M, Murray-García J. Cultural Humility Versus Cultural Competence: A Critical Distinction in Defining Physician Training Outcomes in Multicultural Education. J Health Care Poor Underserved. 1998;9(2):117-25.

53. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale : application de la méthode par focus groups [Thèse de Doctorat, Médecine]. Université de Grenoble; 2001.

54. Zarifian E. La Force de guérir. Paris: Odile Jacob; 2001. 190 p.

55. Buchman DZ, Ho A. What's trust got to do with it? Revisiting opioid contracts. J Med Ethics. oct 2014;40(10):673-7.

56. Sureau C, Lecourt D, David G, Collectif. L'erreur médicale. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2006. 213 p.

57. Winckler M. Le patient, le récit et le soignant : littérature et formation médicale,. Trib Santé. 9 juill 2009;(23):37-42.

58. Bischoff T, Herzig L, Sommer JM, Haller DM. Multimorbidité : une opportunité pour changer de regard. Rev Médicale Suisse. 2016;12(518):915.

59. Juarez JA, Marvel K, Brezinski KL, Glazner C, Towbin MM, Lawton S. Bridging the gap: a curriculum to teach residents cultural humility. Fam Med. févr 2006;38(2):97-102.

60. Prasad SJ, Nair P, Gadhvi K, Barai I, Danish HS, Philip AB. Cultural humility: treating the patient, not the illness. Med Educ Online. 3 févr 2016;21.

61. Isnard C. La compétence relationelle dans le soin en médecine générale [Thèse de Doctorat, Médecine].Univiersité Victor Segalen Bordeaux 2; 2011.

62. Lemoine P. L'enfer de la médecine... est pavé de bonnes intentions. Paris: Robert Laffont; 2005. 240 p.

63. Merger-Pélier M. Pudeur bafouée : une forme de violence pour le patient [Internet]. 2016 [cité 20 février 2018]. Disponible sur: https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Reglementation-et-actualite/Ethique-medicale-societe/pudeur-bafouee-sorte-de-violence-pour-le-patient

64. McDowell I. De la sensibilisation aux cultures au savoir-faire culturel [Internet]. https://www.med.uottawa.ca. 2015 [cité 20 février2018]. Disponible sur: https://www.med.uottawa.ca/sim/data/Serv_Culture_f.htm

65. Dzung Vo, Maureen Mayhew. Les compétences culturelles pour les professionnels de la santé des enfants et des adolescents [Internet]. 2014 [cité 20 février 2018]. Disponible sur: https://www.enfantsneocanadiens.ca/culture/competence

66. Cleaver SR, Carvajal JK, Sheppard PS. Cultural Humility: A Way of Thinking to Inform Practice Globally. Physiother Can. 2016;68(1):1-2.

67. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [cité 20 février 2018]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/#s=2016;l=fr;i=demo_med.prop_femmes;v=map2

68. Haute Autorité de Santé - Délégation, transfert, nouveaux métiers… Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2008 Avil [cité 20 février 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_497724/fr/delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

69. Haute Autorité de Santé - Coopération entre professionnels de santé : Conditions de succès et retour sur les expérimentations de 2004 à 2007 [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2010 sept [cité 20 février 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_980066/fr/cooperation-entre-professionnels-de-sante-conditions-de-succes-et-retour-sur-les-experimentations-de-2004-a-2007

70. Haute Autorité de Santé - Travailler en équipe [Internet]. 2014 juill [cité 22 février 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601003/fr/travailler-en-equipe

71. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. 2013;24(108):148-55.

72. Asmar MK, Wacheux F. Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire. In 2007 [cité 24 mars 2018]. p. 57-75. Disponible sur: https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00170357/document

73. Bouillot A. TNS-Sofres - Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Ile-de-France [Internet]. Kantar TNS. 2013 [cité 23 mars 2018]. Disponible sur: https://www.tns-sofres.com/publications/les-aspirations-professionnelles-des-jeunes-medecins-dile-de-france

74. Arnold JL. Humility in medicine. Clin Dermatol. 1 mai 2013;31(3):332-5.

75. Kenaghan J. Entre médecins et infirmiers, des risques d'événements indésirables. Médecine Médecine Factuelle À Nos Prat. Mai 2016;12(5):214-9.

76. Foronda C, MacWilliams B, McArthur E. Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. Nurse Educ Pract. juill 2016;19:36-40.

77. Rene L. Code de déontologie médicale. Paris: Seuil; 1996. 216 p.

78. Gruppen LD. Humility and respect: core values in medical education. Med Educ. janv 2014;48(1):53-8.

79. Bugier J. Devenir médecin aujourd'hui, le débat [Internet]. France 2. France Télévisions; 2017 [cité 23 mars 2018]. Disponible sur: https://tv-programme.com/devenir-medecin-aujourd-hui-le-debat_emission/replay/devenir-medecin-aujourd-hui-le-debat_58c8a16ae0e47

80. Chaissac C. Vécu des professionnels de santé libéraux après un an d'exercice à la maison de santé pluridisciplinaire de Fruges [Thèse de Doctorat, Médecine].Université de Lille 2; 2014.

81. Galam É. Travailler en équipe : des aspirations légitimes, des contraintes et des conflits bien réels. Médecine. 1 mai 2016;12(5):196-8.

82. McInnes S, Peters K, Bonney A, Halcomb E. An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. J Adv Nurs. sept 2015;71(9):1973-85.

83. Brown J, Lewis L, Ellis K, Stewart M, R Freeman T, Janet Kasperski M. Conflict on Interprofessional Primary Health Care Teams – Can It Be Resolved? J Interprof Care. 1 janv 2011;25:4-10.

84. Robelet M, Bourgueil Y. La coordination dans les réseaux de santé: Entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. Rev Fr Aff Soc. 1 janv 2005;1.

85. S Martin E. How self-awareness helps a physician become a leader. Clin Dermatol. 1 mars 2012;30:248-50.

86. Beaucourt C, Kustosz I, Masingue A, Roux L. La coordination au sein des maisons de santé : d'une mise en cohérence à l'animation d'interactions, Coordination in Health Homes: From a search for consistency to an animation of interactions. Gest Manag Public. 20 oct 2014; 4(2):61-79.

87. van Dongen JJJ, van Bokhoven MA, Daniëls R, Lenzen SA, van der Weijden T, Beurskens A. Interprofessional primary care team meetings: a qualitative approach comparing observations with personal opinions. Fam Pract. 2017;34(1):98-106.

88. Acast. Check Yourself [Internet]. Hidden Brain on acast. 2017 [cité 24 mars 2018]. Disponible sur: https://www.acast.com/hiddenbrain/check-yourself

89. Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien, Abstract. Rev Fr Aff Soc. 2005;(1):101-25.

90. Lie D, Forest C, Walsh A, Banzali Y, Lohenry K. What and how do students learn in an interprofessional student-run clinic? An educational framework for team-based care. Med Educ Online. 5 août 2016;21.

91. Wear D, Zarconi J, Kumagai A, Cole-Kelly K. Slow Medical Education. Acad Med. mars 2015;90(3):289.

92. Sreenivasan S, Weinberger LE. Physician's Humility [Internet]. Psychology Today. 2018 [cité 20 mars 2018]. Disponible sur: https://www.psychologytoday.com/blog/emotional-nourishment/201802/physicians-humility

93. David DS. Humility and the physician. J Chronic Dis. 1979;32(8):541-2.

94. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. Sci Soc Santé. 2008;26(1):67-91.

95. Pince M. Gestion de l'incertitude en médecine générale : étude quantitative en Corrèze [Thèse de Doctorat, Médecine]. Université de Limoges; 2013

96. Lorenzo M. Tolérance à l'incertitude en médecine générale. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. 2014;(112S1):6-7.

97. Ritterman JB. To Err is Human: Can American Medicine Learn from Past Mistakes? Perm J [Internet]. 14 juin 2017;21.

98. Sicard D. Réflexions sur le progrès en médecine. Médecine&Hygiène. juillet 2004;(2491):1535-8.

99. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. Presse Médicale. 1 déc 2004;33(22):1569-74.

100. Jaddo. E-A-U | Juste après dresseuse d'ours [Internet]. Jaddo. 2014 [cité 20 mars 2018]. Disponible sur: http://www.jaddo.fr/2014/02/08/e-a-u/

101. Croskerry P, Abbass A, Wu AW. Emotional influences in patient safety. J Patient Saf. déc 2010;6(4):199-205.

102. Laur A. Les médecins atteints du burnout. Une revue de la littérature. Médecine. 1 janv 2014;10(1):34-7.

103. Guedon A. Le burnout du médecin : prévalence et déterminants dans le monde. Revue de la littérature [Thèse de Doctorat, Médecine]. Université de Rouen Normandie; 2016.

104. Doolittle BR, Windish DM, Seelig CB. Burnout, coping, and spirituality among internal medicine resident physicians. J Grad Med Educ. juin 2013;5(2):257-61.

105. Kesebir P. A quiet ego quiets death anxiety: humility as an existential anxiety buffer. J Pers Soc Psychol. avr 2014;106(4):610-23.

106. Kerr J. Confiance et humilité: Notre double défi de croissance personnelle durant la résidence. Can Fam Physician. avril 2007;53(4):706.

107. Soanes C. Compact Oxford English Dictionary of current English. Third edition. Oxford; New York: Oxford University Press; 2005. 1210 p.

108. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introdcution à la recherche qualitative. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. 2008;84:142-5.

109. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. 3(2):81-90.

110. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2e édition. Armand Colin; 2010. 128 p.

111. Touboul P. La recherche qualitative : la méthode des focus groupes. In: Département Santé Publique - CHU de Nice [Internet]. Nice; 2010 [cité 27 mars 2018]. Disponible sur: https://www.chu-nice.fr/departement-sante-publique/enseignements/mooc/

112. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale. Université de Lyon Nord; 2004.

113. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M, recherche résultats de. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin; 2016. 336 p.

114. Bardin L. L'analyse de contenu. 2e édition. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2013. 320 p.

115. Davis DE, Jr, Hook and JN. Measuring Humility and Its Positive Effects. APS Obs [Internet]. 30 sept 2013 [cité 26 mars 2018];26(8). Disponible sur: https://www.psychologicalscience.org/observer/measuring-humility-and-its-positive-effects

116. Kruse E, Chancellor J, Lyubomirsky S. State humility: Measurement, conceptual validation, and intrapersonal processes. Self Identity. 31 janv 2017;1-40.

117. Martos S. Comment travaillent les généralistes. Le Quotidien du Médecin [Internet]. 5 févr 2017 [cité 27 mars 2018]; Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/05/02/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes_847151

118. Bates B, Bickley LS. Guide de l'examen clinique - nouvelle édition 2014. Arnette - John Libbey Eurotext; 2014. 1041 p.

119. Adouani M. L'erreur médicale en médecine générale : identifications des résistances des médecins généralistes à déclarer leurs erreurs [Thèse de Doctorat, Médecine]. Université de Nice; 2010.

120. Kelly A, Panush RS. Diagnostic uncertainty and epistemologic humility. Clin Rheumatol. 1 juin 2017;36(6):1211-4.

121. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 13 janv 1996;312(7023):71-2.

122. Kidd I. Inevitability, contingency, and epistemic humility. Stud Hist Philos Sci. 1 août 2015;55.

123. Schwab A. Epistemic humility and medical practice: translating epistemic categories into ethical obligations. J Med Philos. févr 2012;37(1):28-48.

124. Marescotti R, Gineste Y. Pouvoir du soignant : notion d'humilité. In Paris; 2014 [cité 8mars 2018]. Disponible sur: http://bistrot-memoire.com/pec-events/7eme-colloque-sur-les-approches-non-medicamenteuses-de-la-maladie-dalzheimer-prendre-soin-et-milieu-de-vie/

125. André C. Imparfaits, libres et heureux: Pratiques de l'estime de soi. Odile Jacob poches. Odile Jacob; 2009. 470 p.

126. GIPP (Groupe d'Informations pour Patients et Proches). Vous et votre médecin - Information santé pour les patients ou proches [Internet]. Hôpitaux Universitaires de Genève; 2017 [cité 9 avr 2018]. Disponible sur: https://www.hug-ge.ch/vous-votre-medecin

127. Perrier A, Louis Simonet M. Les conditions du partage de la décision. Médecine&Hygiène. 11 juin 2002;2412:2047-53.

128. Coulehan J. On humility. Ann Intern Med. 3 août 2010;153(3):200-1.

129. Coulehan J. « A Gentle and Humane Temper »: Humility in Medicine. Perspect Biol Med. 28 avr 2011;54(2):206-16.

130. Baumann F. Introduire la réflexion éthique dans la pratique quotidienne du médecin : simple bonne intention ou parcours indispensable. Éthique Santé. 1 mars 2007;4(1):30-2.

ANNEXE – GUIDE D'ENTRETIEN

RECUEIL DES CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

Age – Sexe – Mode d'exercice – Nb de consultations par jour – Lieu d'exercice - autre mode d'exercice – année d'installation

INTRODUCTION

1.1 - Qu'est ce qui vous a poussé à devenir médecin généraliste plutôt que spécialiste d'organe ?

1.2- Que vous évoque l'humilité ?
- Quelle définition spontanée en donneriez-vous ?
- L'humilité est-elle en contradiction avec la confiance en soi ? Avec l'humiliation ? La fausse modestie ?

PREMIERE PARTIE : L'HUMILITE DANS LA RELATION MEDECIN-MALADE

2.1 - Comment percevez vous que beaucoup de patients décrivent les médecins comme orgueilleux, hautains ?

2.2 - Quelle place donnez-vous à l'humilité dans votre relation avec vos patients ? Comment l'humilité peut-elle aider à rééquilibrer une relation médecin-malade déséquilibrée ? Pouvez-vous l'illustrer ?
- comment vous en servez-vous dans des situations complexes ? (patient qui refuse votre prise en charge, patient ayant des connaissances complémentaires sur sa maladie ou une représentation différente…) ?
- peut-elle vous aider dans une meilleure écoute du patient ?
- certains patients vous demandent-ils de faire preuve de plus d'humilité ? Lesquels ?
- est-elle utile dans l'annonce d'une maladie « grave » ? Dans son accompagnement ?
- vous en servez-vous plus dans le suivi d'un patient souffrant d'une pathologie chronique ?
- pensez-vous qu'elle vous aide à mieux pratiquer votre métier au quotidien ?

2.3 - Quel effet négatif peut susciter une attitude humble ou trop humble du médecin pour un patient selon vous ?
- peut-elle déstabiliser certains patients ? Etre un frein au diagnostic/à la thérapeutique ?
- par cette attitude, pouvons-nous perdre notre rôle de conseiller ? Notre crédibilité vis-à-vis du patient ?
- cette attitude est-elle inadaptée vis-à-vis de certains patients ?

SECONDE PARTIE : L'HUMILITÉ DANS LES RELATION INTER-PROFESSIONNELLES

3.1 - De nombreuses relations interprofessionnelles peuvent aussi être sources de conflits. Quelle méthodes/techniques utilisez vous pour éviter ou résoudre ces conflits (ou au contraire ces conflits sont-ils utiles) ?

-Quelles sont les difficultés que vous pouvez ressentir lorsque vous devez confier un patient à un confrère spécialiste ? Comment l'humilité peut-elle vous aider face à ces difficultés ? Pouvez-vous l'illustrer ?
- peut-elle être une reconnaissance des limites de nos connaissances ?
- et lorsque c'est le patient qui réclame ce recours à un spécialiste : ce besoin d'une autre expertise met-il à l'épreuve notre humilité ?

3.2 - Ces relations interprofessionnelles nous imposent-elles l'humilité ? Pourquoi ?

3.3 - Comment comprendre que le transfert de compétence puisse être vécu comme une humiliation ou une crainte par certains médecins, un manque de reconnaissance de son savoir ? Pensez-vous qu'il y ait besoin d'humilité dans la collaboration avec les autres professionnels de santé ? Exemples ?
- est-ce difficile de déléguer une partie de notre travail à d'autres professionnels ?
- avons-nous peur d'une perte d'influence ? Auprès du patient ? vis-à-vis de la société ?

TROISIEME PARTIE : L'HUMILITÉ DANS LA SCIENCE MÉDICALE

4.1 - Comment la pratique de la médecine vous a-t-elle enseigné à vous remettre en cause ? Exemples ?

4.2 - Comment rester humble vis-à-vis du savoir scientifique de la médecine ? et de son évolution ?
- notre connaissance nous permet-elle une meilleure efficacité ? Cette amélioration rend-elle nos échecs plus difficiles ?
- la remise en cause est-elle une obligation déontologique ? Est-ce un devoir du médecin ?

4.3 - Dans votre parcours de jeune étudiant à professionnel de santé, quelles expériences vous ont renvoyé à cette notion d'humilité et votre pratique a-t-elle évolué compte tenu de cette notion

RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

Ce travail, issu d'une réflexion personnelle, est une recherche sur les représentations de l'humilité par le médecin dans la pratique de son activité de médecin généraliste. L'humilité est une vertu ancienne de part l'histoire des idées mais aussi moderne comme en témoigne la fréquence de son usage aujourd'hui. Toutefois, explicitement absente du corpus hippocratique, elle est peu souvent nommée en médecine. Cette absence lexicale ne reflète pas une présence implicite.

Des recherches bibliographiques nous ont permis de remarquer que l'humilité pouvait s'inscrire dans différents champs de la pratique du médecin généraliste. Dans la relation entre le médecin et le patient, l'humilité est une condition des principes éthiques de respect de l'autonomie du patient, de bienfaisance et de justice. Dans son rapport aux autres membres d'une équipe de soins, le médecin utilise l'humilité dans ses relations humaines mais aussi dans l'organisation de l'équipe. Enfin, confronté à une science en perpétuelle évolution et à un champ d'expertise aussi vaste, le médecin généraliste perçoit l'humilité dans la connaissance de ses capacités et de ses limites, ce qui l'invite à une volonté de progression et permet, par la remise en cause, de faire de lui quelqu'un de meilleur.

Notre étude a souligné une représentation positive de l'humilité dans la pratique des généralistes. L'humilité dans la relation médecin-malade est ainsi associée à la patience, l'écoute et la disponibilité, source de respect et de reconnaissance du patient qui permettent de construire une relation plus humaine. Les aspects limitant l'humilité sont surtout dus au médecin lui-même et à sa compréhension du malade. Dans le domaine du travail en équipe, l'humilité est perçue dans le partage du pouvoir et l'ouverture à d'autres connaissances en replaçant le patient au centre des préoccupations des soignants. Enfin dans le domaine cognitif, l'humilité est associée à une reconnaissance de ses limites, une volonté de progression et de persévérance et une meilleure connaissance de soi-même à la fois en tant que médecin et en tant qu'Homme.

Mots-clés : humilité, relation médecin-malade, écoute, respect, bienveillance, disponibilité, équilibre, relations interprofessionnelles, travail en équipe, ouverture d'esprit, connaissance de soi, progression.

SERMENT

⌘⌖⌘⌖⌘

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

⌘⌖⌘⌖⌘