



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Vécu de la relation médecin-patient par des médecins généralistes
traitants porteurs de modifications corporelles apparentes :
Étude qualitative par analyse interprétative phénoménologique**

Présentée et soutenue publiquement le 01 Octobre 2024 à 18h00
Au Pôle Formation
Par Marianne DEMETS

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Axel DESCAMPS

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

IPA	Analyse par Interprétation Phénoménologique
DPO	Délégué à la Protection des Données
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
CSP+	Classe Socio-Professionnelle Supérieure
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
SRQR	Standards for Reporting Qualitative Research

Table des matières

Introduction	6
I. Contexte.....	6
A. Contexte historique.....	6
B. L'apparence du médecin généraliste.....	6
II. Question de recherche.....	7
Matériels et méthodes	9
I. Type d'étude.....	9
II. Population.....	9
III. Recrutement.....	10
IV. Procédure.....	10
A. Enregistrement des données.....	10
B. Méthodologie de l'entretien.....	10
V. Analyse des données.....	10
VI. Traitement des données.....	11
VII. Archivage des données.....	11
VIII. Éthique.....	11
Résultats	12
I. Caractéristiques des participants.....	12
II. Résultats principaux.....	13
A. Un contexte socio-culturel fait d'idées préconçues.....	13
1. Le stéréotype du médecin généraliste.....	13
2. La dichotomie ville/campagne, jeunes/anciens.....	13
3. Les origines sociales.....	14
B. Le look, une question de point de vue.....	15
1. Qu'est-ce que le look ?.....	15
2. Une présentation de soi à l'autre.....	16
3. L'évolution du look dans le temps.....	16
4. Adopter une tenue neutre pour ne pas détourner le propos de la consultation.....	17
C. La relation médecin-patient.....	17
1. Une relation de couple, à l'équilibre.....	17
2. Les réactions des patients.....	18
a) <i>La curiosité</i>	18
b) <i>La pudeur</i>	18
c) <i>Le sans gêne</i>	18
d) <i>Un médecin apprécié</i>	18
3. Le processus d'identification, frein ou facteur favorisant la relation ? ..	19
4. La première impression.....	19
D. Le vécu du médecin généraliste.....	20
1. Le vécu aux réactions de patients.....	20
a) <i>Un vécu décomplexé</i>	20
b) <i>Un bilan mitigé</i>	20

c) <i>Le vécu intrusif</i>	21
d) <i>Les mécanismes de défense</i>	21
e) « <i>Crever l'abcès</i> ».....	21
2. <i>Savoir prendre du recul</i>	21
3. <i>L'habit ne fait pas le médecin</i>	22
E. <i>Les facteurs influençant le vécu du médecin</i>	22
1. <i>L'ambivalence du mode de pensée</i>	22
a) <i>Le syndrome de l'imposteur</i>	23
b) <i>Vouloir être authentique</i>	23
c) <i>Assumer ses choix</i>	23
2. <i>Le rapport personnel à la modification corporelle</i>	24
a) <i>Minimiser sa modification corporelle</i>	24
b) <i>Une histoire singulière</i>	24
c) <i>Pouvoir doser la réaction des patients</i>	24
d) <i>La localisation et la visibilité de la modification</i>	25
e) <i>Le risque d'obsolescence</i>	25
3. <i>Le rapport personnel aux institutions, à l'éducation</i>	26
a) <i>Le cadre éducatif, l'entourage familial et professionnel</i>	26
b) <i>Tenue correcte exigée</i>	26
c) <i>Vouloir être anti-conformiste</i>	27
d) <i>Internes et remplaçants : des statuts à part</i>	27
F. <i>Schémas du vécu de la relation médecin-patient des médecins généralistes traitants porteurs de modifications corporelles apparentes</i>	30
1. <i>Figure 1</i>	30
2. <i>Figure 2</i>	31
Discussion	32
I. <i>Forces et limites de l'étude</i>	32
A. <i>Les limites</i>	32
B. <i>Les forces</i>	32
II. <i>Discussion des résultats principaux</i>	33
A. <i>La confiance accordée au médecin généraliste</i>	33
B. <i>La sous-représentation des modifications corporelles apparentes en médecine générale</i>	33
C. <i>La tenue du médecin généraliste</i>	34
D. <i>La première impression</i>	35
E. <i>Le concept de transfert dans la relation médecin-patient</i>	35
F. <i>Le vécu des étudiants en médecine</i>	36
III. <i>Liens d'intérêt</i>	36
IV. <i>Perspectives et conclusion</i>	36
Références bibliographiques	38
Annexes	41
Annexe 1 : <i>Protocole d'éthique de deux projets de thèse ancillaires</i>	41
Annexe 2 : <i>Guide d'entretien version finale</i>	57
Annexe 3 : <i>Grille méthodologique SRQR</i>	58

INTRODUCTION

I. Contexte

A. Contexte historique

Les tatouages et autres modifications corporelles sont des pratiques anciennes retrouvées dans toutes les cultures. En 30 000 avant J.-C., on trouve les premières traces de modifications corporelles sous la forme d'amputation des doigts, de tatouages ou de scarifications dans un contexte de rite initiatique. A d'autres époques, pendant l'Antiquité par exemple, les modifications corporelles avaient pour but d'humaniser le corps. Dans d'autres civilisations au contraire, elles étaient l'apanage des parias et des repris de justice (1).

Les modifications peuvent avoir une valeur symbolique, souvent marquant un rite de passage. Elles concernent le plus souvent une catégorie sociale donnée et/ou un évènement précis dans la vie de l'individu. Elles montrent alors l'appartenance au groupe social et permettent à l'individu de se reconnaître comme membre du groupe. Cette symbolique existe encore dans certaines civilisations.

Dans la société occidentale actuelle, les pratiques comme le tatouage ou le piercing sont devenues populaires. Elles correspondent davantage à une volonté de se singulariser « incité par notre société qui valorise l'image » (1).

A titre d'exemple, en 2018, quasiment 1 français sur 5 des français sont tatoués contre 1 sur 10 en 2010. En parallèle, en 2017, on compte 12% des français avec un piercing autre que le lobe d'oreille (2).

Ces modifications corporelles sont source d'*a priori*, qu'ils soient positifs ou négatifs. En 2018, une étude objectivait une bonne image dans 68% des cas pour les colorations capillaires contre 43% pour les tatouages et 31% pour le ou les piercings (3).

B. L'apparence du médecin généraliste

De nombreuses études ont déjà montré l'influence de l'apparence du médecin généraliste. Ces études s'intéressaient surtout au ressenti des patients à propos de valeurs diverses telles que le professionnalisme (4), la confiance (5), l'empathie (6),

etc. en fonction de la tenue vestimentaire de leur médecin généraliste.

La médecine générale représente les valeurs inhérentes à la profession sous la forme d'une « marguerite des compétences » (7). La relation et la communication médecin-patient y sont au cœur.

La tenue est un élément de communication non verbale participant à la relation soignant-soigné au cours de la consultation. Les modifications corporelles en sont un autre. Au vu de leur démocratisation en population générale, il existe une augmentation de leur prévalence chez les médecins (8).

Dans le domaine du soin, l'étude quantitative ART (9) de 2018 aborde cette thématique. Réalisée dans un service d'urgences aux Etats-Unis, elle s'intéressait à la perception par les patients des médecins ayant un tatouage et/ou un piercing à l'oreille pour les hommes, au nez pour les femmes. Ces modifications étaient factices sauf pour un des médecins. Selon leur choix, les médecins se présentaient aux patients avec ou sans modifications corporelles apparentes. Il a été mis en évidence que ces médecins sont jugés par les patients tout aussi compétents et professionnels. En France, une thèse réalisée en 2024 étudiait le rapport aux professionnels de santé des médecins tatoués. Il y est décrit que dans le domaine interprofessionnel, « le tatouage chez le médecin influait sur la qualité de la communication. La perception du médecin tatoué par les autres professionnels le montre plus respectueux ou ouvert que les autres médecins non tatoués » (10).

En France et à l'international, il n'y a pas d'autre étude ni de thèse sur les modifications corporelles apparentes du médecin généraliste.

II. Question de recherche

Nous avons donc décidé d'étudier les modifications corporelles apparentes chez le médecin généraliste dans une démarche inductive. Nous avons mis en place un projet de recherche regroupant deux travaux de thèse complémentaires. L'un s'intéresse aux médecins ayant des modifications corporelles apparentes et l'autre travail s'intéresse à leurs patients.

La question de recherche de ce travail était « Quel est le vécu de la relation médecin-patient des médecins généralistes traitants porteurs de modifications corporelles apparentes ? ».

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

Une étude qualitative inspirée de l'analyse phénoménologique (IPA) avec recueil du matériel via des entretiens individuels ouverts ou compréhensifs, a été menée entre le 17 janvier et le 16 juillet 2024.

Pour explorer le phénomène étudié, l'approche inductive via un paradigme post-constructiviste a été choisi ainsi que le respect de la grille méthodologique SRQR (cf. Annexe 3).

Tout au long du travail de thèse, la chercheuse a tenu un journal de bord papier regroupant comptes-rendus de réunion de thèse, fiche de thèse, impressions et étapes dans l'évolution de son travail.

II. Population

La population étudiée était des médecins généralistes installés porteur de modifications corporelles apparentes, à savoir :

a) Avoir un ou des tatouages visibles

b) Avoir un ou des piercings :

- Pour les femmes : tout type de piercing visible (piercing buccal compris) en dehors du piercing aux lobes d'oreilles, considéré comme conventionnel
- Pour les hommes : tout type de piercing visible

c) Avoir une couleur et/ou une coupe de cheveux non traditionnelle :

- Teinte non naturelle : bleu, vert, rose, ...

- Coupe de cheveux atypique : crâne rasé pour une femme, catogan pour un

homme, coupe mulet, etc...

Les critères de non-inclusion étaient ne pas avoir de modification corporelle apparente ou ne pas être installé.

III. Recrutement

Les médecins ont été recrutés en face à face au cours du congrès du CNGE de 2022 à Lille par 2 chercheurs. L'étude était brièvement présentée puis une carte de visite était remise pour contacter le chercheur ultérieurement par mail ou par téléphone. Le recrutement s'est ensuite fait par effet boule de neige.

Du fait d'une méthodologie inspirée de l'IPA, le nombre de médecins à recruter pour constituer une population homogène n'était pas connu *a priori* et a été déterminé par la suffisance des données soit l'absence de nouveaux thèmes émergents au cours des derniers entretiens.

IV. Procédure

A. Enregistrement des données

Les entretiens qualitatifs ont été faits et enregistrés en visioconférence par Zoom ou GoogleMeet avec enregistrement de secours par dictaphone numérique sur iPhone 8. Le consentement du médecin généraliste était recueilli à l'oral et enregistré en début d'entretien après l'avoir informé de la garantie de l'anonymat et des possibilités de retrait de consentement.

B. Méthodologie de l'entretien

Le chercheur a mené son entretien sur la base méthodologique de l'entretien ouvert avec guide d'entretien, révisé après chacun d'entre eux.

Au début de chaque entretien, après le recueil du consentement, il s'ensuivait une série de deux à trois questions "brise-glace" pour initier l'entretien.

A la fin de l'entretien, l'investigateur demandait au médecin généraliste s'il pouvait participer au recrutement d'un de ses patients pour le travail de thèse ancillaire étudiant la patientèle des médecins recrutés.

V. Analyse des données

Les données recueillies ont été pseudonymisées, I pour l'investigateur et MX pour le médecin où X est un chiffre correspondant à un ordre croissant d'inclusion (dans cette

thèse, le masculin générique a été utilisé par souci d'écriture).

Les données ont été retranscrites sur document Word© après chaque entretien via le logiciel de retranscription Whisper© puis correction manuelle après réécoute des entretiens. Les verbatim ont ensuite été analysés sur papier puis via le logiciel QSR NVivo 14©.

Une triangulation des données a été réalisée par un autre chercheur.

Les investigateurs se sont formés à la méthode via l'*Initiation à la recherche qualitative en santé* du Groupe Universitaire de Recherche Qualitative Médicale Francophone (GROUMF) et le *Manuel d'analyse qualitative* de Christophe Lejeune.

VI. Traitement des données

La participation des médecins a été pseudonymisée comme expliqué précédemment. Les fichiers audio, vidéo et la retranscription ont été enregistrés dans un même dossier crypté grâce à l'application Veracrypt©. Les deux investigatrices principales s'échangeront ce dossier via une clé USB, en main propre, tout au long de l'inclusion et de l'analyse des données.

VII. Archivage des données

Les données, à savoir les enregistrements audio et vidéo, les fichiers informatiques de retranscription et d'analyse des verbatim, ont été conservées jusqu'à 2 ans après la dernière publication.

VIII. Éthique

La méthodologie a été validée par la commission du Comité d'Éthique de l'hôpital de Lens dirigée par le Docteur Bart le 07 Octobre 2022.

La thèse n'a pas nécessité de déclaration à la CNIL. Elle est enregistrée auprès du DPO sous la référence 2024-031.

RESULTATS

I. Caractéristiques des participants

6 entretiens semi-dirigés ont été réalisés pour une durée moyenne de cinquante-huit minutes. Les caractéristiques des participants sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes

	Genre	Age	Secteur	Type d'activité	Durée	Modification
M1	F	30	Semi-rural	Cabinet de groupe	54min	Coloration des cheveux en vert
M2	H	38	Rural	Seul en cabinet, exercice coordonné pluriprofessionnel	57min	Tatouages et cheveux longs
M3	F	30	Urbain	MSP	62min	Tatouage au poignet
M4	F	41	Semi-urbain	MSP	49min	Tatouage dans le dos
M5	F	60	Urbain	Cabinet de groupe	25min	Tatouages sur les avant-bras, bras et nuque
M6	H	42	Urbain	Centre de santé	98min	Oreilles percées et cheveux longs

II. Résultats principaux

A. Un contexte socio-culturel fait d'idées préconçues

1. Le stéréotype du médecin généraliste

Le médecin généraliste est vu dans l'imaginaire collectif comme un personnage caricatural, relativement austère.

- M3 « *l'image générale du médecin généraliste avec sa petite valise et ses lunettes* »
- M4 « *Que d'un médecin, on attend un certain standing voilà, (...) d'avoir un côté bien habillé* »

Cette image vient contraster avec la réalité vécue par le médecin qui le souligne parfois par l'autodérision.

- M3 « *Dans mon image du médecin généraliste, ça correspond pas à ce que je suis. Alors que je suis médecin généraliste, mais voilà* »
- M5 « *Du look en général ou du mien (rires) ?* »

Le médecin généraliste se distingue des autres spécialistes par un look plus sobre.

- M3 « *Euh...la cravate, tout ça 'fin pour moi, ça fait pas trop médecin généraliste* »
- M2 « *en psychiatrie, en chirurgie, etc., ils sont...on voit qu'ils ont des looks beaucoup plus fun* »

2. La dichotomie ville/campagne, jeunes/anciens

Selon le lieu donné, le stéréotype du médecin peut plus ou moins varier. Dans les milieux urbains multiculturels, jeunes, lieux de diversité et de « vivre ensemble » (M6), on retrouvait davantage d'ouverture d'esprit par rapport à d'autres lieux « excluant » (M6).

En campagne, la population est vue comme plus âgée, plus réfractaire aux changements.

- M1 « *j'avais exercé dans des zones rurales, ou voire semi-rurales, comme c'est le cas aujourd'hui. Hum...Et j'imagine que ce sont des endroits où peut-être il y a moins de ...de diversité euh...euh...d'apparence, et donc peut-être que ça fait plus parler* »

Au contraire, pour un médecin, exercer en milieu rural est une garantie d'acceptation de l'autre.

- M2 « *en rural, en semi-rural, enfin, tout le monde se connaît...tout le monde s'a...fin s'apprécie* »

La patientèle et ses a priori diffère donc selon le lieu d'installation.

- M5 « *Il y a aussi le lieu d'installation et ça, j'avais pas réfléchi à ça du tout avant de m'installer. Mais, mon installation, c'est dans une zone vraiment... c'est des HLM et des pavillons, où les gens, c'est des primo-accédants* »

3. Les origines sociales

Majoritairement issus de classes sociales CSP+(11), les médecins forment une élite intellectuelle soumise à une pression professionnelle normative dont les modifications corporelles ne font pas partie.

- M4 « *j'imagine que les modifications corporelles importantes ou visibles, ça correspond plutôt à...certaines classes sociales ou on va dire certains groupes politiques (...) et que peut-être ces représentations-là sont sous-représentées (...) dans la population médicale (...) il y a sans doute un peu cet imaginaire-là chez les médecins (...) et à mon avis aussi un recrutement social, clairement un recrutement de classe quoi. Parce que quand même on sait que les études médicales sont peu accessibles aux...aux gens de classe sociale le plus défavorisée* »
- M6 « *je venais d'une classe sociale moyenne et tout et le fait d'être médecin pour moi, c'était accéder à quelque chose aussi dans une classe sociale, je sais pas fin c'était pas un objectif en soi, mais c'était une volonté d'être...de me normer à...à la...la culture médicale* »

Au contraire, dans la population générale, on voit une démocratisation de certaines modifications corporelles, le tatouage par exemple.

- M2 « *Je pense qu'il y a beaucoup de gens qui le sont maintenant (tatoués), plus ou moins, de manière plus ou moins...plus ou moins importante, quoi* »

-
- M4 « à l'heure actuelle beaucoup de gens ont les avant-bras ou les bras tatoués, ça devient quand même beaucoup plus courant, ou dans le dos, ou autre, et j'ai pas l'impression de constater ça chez les médecins »

Néanmoins, la société évolue et est plus ouverte d'esprit, laissant davantage le médecin avoir un look différent du stéréotype ancré dans l'imaginaire collectif.

- M6 « Je trouve là une ouverture d'esprit un peu...beaucoup plus importante. Ça dépend des endroits, mais beaucoup plus importante. (...) Tous les copains qui sont universitaires comme moi, de ma génération par exemple, on a tous des looks complètement différents voire chelous »

En synthèse, malgré la démocratisation rapide des modifications corporelles dans la population française, ces transformations pénètrent moins vite le monde des médecins généralistes issu majoritairement de catégories CSP+. Dans l'imaginaire du patient, un médecin doit être sérieux et austère, de prime abord. C'est encore plus vrai dans les zones rurales moins exposées à la diversité et aux tendances de mode.

B. Le look, une question de point de vue

1. Qu'est-ce que le look ?

Le look est une notion complexe à définir. D'après le dictionnaire Larousse, il s'agit de la manière de se comporter, de s'habiller, allure générale de quelqu'un ou de quelque chose considérée comme caractéristique de telle ou telle mode. Il vient donc s'ancrer ici dans un contexte socio-culturel donné avec une norme européo-centrée.

- M6 « y a beaucoup de normes, (...) qui sont beaucoup continentales d'ailleurs. Fin qui sont très européennes, des normes...et d'esthétique notamment, qui sont liées aux classes sociales d'ailleurs »

De fait, à contexte socio-culturel donné, la norme varie.

- M6 « En fait, moi, j'ai un look de quelqu'un qui...qui serait terriblement ennuyeux chez les Celtes »

-
- M3 « *C'est pas du tout comme en Suède où je pouvais voir des personnes de 80 ans avec des tatouages* »

2. Une présentation de soi à l'autre

Pour les médecins interrogés, au-delà de la définition traditionnelle, le look est une manière de se présenter aux autres via des caractéristiques visibles et est un reflet de la personnalité. La décoration du cabinet, les origines, l'appartenance à une communauté sont d'autres éléments de l'identité.

- M5 « *Qu'est-ce qui fait partie du look ? La personnalité ?* »
- M6 « *c'est tous les éléments extérieurs visibles par les autres euh...qui font que les autres arrivent à identifier comment la personne peut elle-même s'identifier* » ; « *Il y a tous des apparences ou des looks dans le cabinet, (...) dans les murs qu'on va décorer, ils sont en lien avec notre identité* »

3. L'évolution du look dans le temps

Il n'existe pas de code, de norme quant au look à avoir au cabinet de médecine générale. Le look est donc une source de questionnement pour les médecins.

- M1 « *c'est vrai que ça fait partie des questions que je me pose* » {en parlant du look}

Il évolue au cours du temps et au gré de l'expérience et de la confiance acquise avec le temps.

- M1 « *qu'est-ce que je pense du look, de mon look en tant que médecin généraliste ? Je ne sais pas comment répondre à cette question-là, (...) c'est quelque chose qui a beaucoup évolué avec le temps* » ; *je réessaye de trouver un meilleur équilibre (...) mais c'est pas encore le cas, là on est au processus de « Allez ce serait bien que tu te redécoinces à ce niveau là (...) »*
- M2 « *j'ai attendu quelques années avant de m'install...fin après mon installation pour me dire, bah, maintenant, lance-toi, de toute façon, t'as plus rien à prouver, les gens te connaissent (...) il n'y a pas de raison qu'ils changent parce que tu changes de look* »

4. Adopter une tenue neutre pour ne pas détourner le propos de la consultation

Le médecin est donc parfois amené à adopter une tenue dite neutre.

- M6 « *vouloir avoir une position en tant que médecin par exemple ou de soignant qui va être de l'ordre de la neutralité la plus extrême pour éviter le transfert, la projection* »

Il s'auto-censure spontanément pour éviter d'être au centre de l'attention, détourner la fonction première de la consultation dédiée initialement au patient.

- M1 « *je veux vraiment pas que ça devienne le cœur de la discussion et j'ai peur sur des choses très marquées que...que ce soit nécessaire ou ...fin ...pour pas que ça impacte trop le relationnel non plus* »

Le look est difficile à définir et sa définition varie en fonction d'un contexte socio-culturel donné. Il est propre à chacun, révélateur d'un pan de la personnalité tout comme d'autres éléments paraverbaux. Le médecin s'impose initialement des limites en terme de look pour éviter de porter l'attention sur lui. Une fois la confiance acquise, il s'autorise alors à davantage s'affirmer.

C. La relation médecin-patient

1. Une relation de couple, à l'équilibre

La relation médecin-patient est singulière et se construit dans le temps. Elle se base sur la confiance, l'empathie. Elle est identifiée comme relation de couple pour l'un des médecins et ressemble à une relation de négociation pour un autre. Des concessions sont nécessaires.

- M2 « *C'est comme une relation de couple hein. Clairement.* » ; « *C'est une relation très, très particulière* »
- M3 « *quand ils ne sont pas en accord et qu'on essaye de négocier, de trouver un terrain d'entente fin, de faire une décision* »
- M4 « *Bon encore que aujourd'hui, les gens ils ont plus trop le choix de leur médecin* »

2. Les réactions des patients

a) *La curiosité*

Les patients se montrent attentifs au look du médecin, relativement curieux mais bienveillants.

- M5 « *les gens sur les tatouages qui disent "Ah aujourd'hui, vous avez vos bras complètement découverts, comme ça je peux tous les voir" »*
- M3 « *c'est demandé de façon assez polie (...) "Excusez-moi, j'ai remarqué que vous aviez un tatouage, je peux vous demander ce qui est écrit ?" »*

b) *La pudeur*

Les patients sont également pudiques, remarquant la modification corporelle sans pour autant la commenter verbalement.

- M4 « *globalement, les gens ne font pas tellement de remarques... »*
- M3 « *Donc euh...bizarrement, il n'est pas non plus remarqué tout le temps ou, en tout cas, on ne m'en fait pas la remarque »*

c) *Le sans gêne*

D'autres sont sans retenue, notamment les enfants et les personnes âgées, laissant exprimer leur surprise voire des commentaires négatifs.

- M1 « *Euh... et pour le coup, euh... soit j'entendais plus euh les personnes âgées, soit les enfants »*
- M6 « *Il y a les enfants qui posent des questions »*

d) *Un médecin apprécié*

Les patients se sentent suffisamment à l'aise et en confiance, identifiant leur médecin généraliste comme une personne tolérante, empathique et à l'écoute.

- M2 « *Des fois, ça peut arriver qu'on puisse se confier, même à nos patients. Ils se confient à nous, mais nous, on se confie à eux aussi. Parce qu'ils sont très bienveillants envers nous hein »*
- M5 « *Et ils savent que je ne suis peut-être pas dans le...dans le rejet » ; « les patients en général, sur mes changements de look différents, ils sont quand même assez en lien donc ils en parlent, ils m'en parlent »*

-
- M6 « *je fais pas juste de l'empathie professionnelle machin, il se passe vraiment des choses (...) ils viennent me voir souvent quand ils trouvent pas une forme d'écoute chez d'autres médecins. Ils vont la chercher avec moi, ils vont dire "Ah, on a entendu dire que vous étiez gentil, docteur." »*

3. Le processus d'identification, frein ou facteur favorisant la relation ?

Le processus de transfert ou d'identification peut être considéré comme une manière de s'identifier au médecin via le partage de valeurs communes au travers des modifications corporelles.

- M5 « *on a la patientèle qui nous correspond en pratique »*
- M4 « *si je percevais en consultation que mon médecin ait des opinions politiques ou des valeurs extrêmement divergentes des miennes, ça me dérangerait »*

Ce processus peut être bénéfique, facilitant l'adhésion du patient à la prise en soins ou peut être délétère lorsqu'il est trop marqué.

- M1 « *il y avait un monsieur (...) pour le coup, ça avait eu un effet positif sur lui (...). Il a eu un effet de projection du coup envers moi (...) visiblement, c'est quelque chose qui correspondait assez bien à ses codes à lui (respiration) et euh... du coup, il avait vu ça positivement dans...dans la relation »*
- M6 « *il y a un équilibre subtil à trouver entre se revendiquer et aussi ne pas être...qu'il n'y ait pas trop de transferts ou d'idées que les autres vont se faire qui peuvent nuire à la relation en fait de soin à terme. Simplement pour l'autre hein, pas pour moi, mais pour l'approche centrée sur la personne, c'est-à-dire pour que la personne se sente suffisamment en confiance pour pouvoir se livrer »*

4. La première impression

Les patients savent très bien dépasser le stade de la première impression. En effet, les compétences du médecin généraliste prévalent sur l'apparence qu'il peut avoir. Les critiques, positives ou négatives, ne remettent pas en question les compétences du médecin généraliste.

-
- M5 « Je crois que ce qu'ils cherchent, c'est la compétence » ; « il y a des commentaires, mais sans plus. Mais c'est pas particulièrement aux médecins, c'est par rapport à la personne, je pense »
 - M2 « ils ne s'attendaient pas à ce look-là, mais boah, ça dure...ça dure 10 secondes, quoi, et après, c'est tout »
 - M6 « J'ai pas la stigmatisation de « Ah la personne doit pas être très compétente vu son apparence » »

En synthèse, dans cette relation médecin-patient qui se construit dans la durée, basée sur la confiance, les patients sont attentifs au look de leur médecin. Celui-ci peut inspirer diverses réactions, généralement bienveillantes, mais souvent non verbales par respect. Au final, les compétences relationnelles et professionnelles du médecin prédominent sur le vécu émotionnel du patient.

D. Le vécu du médecin généraliste

1. Le vécu aux réactions de patients

a) Un vécu décomplexé

Quand les médecins sont très à l'aise avec leurs transformations, ils accueillent de façon positive les remarques, même négatives.

- M4 « Je trouve rigolo que ça les intéresse ou les interpelle » ; « C'est plutôt rigolo la plupart du temps. »
- M5 « Le seul négatif que j'ai eu, c'est le monsieur qui m'a dit "Ah ! c'est court quand même" et j'ai bien senti que pour lui, ça voulait dire trop court (rires) »

b) Un bilan mitigé

Au contraire, pour l'un des médecins, moins confiant, le bilan est mitigé ayant davantage été impacté par les commentaires négatifs.

- M1 « ça a été un frein et fin où les gens m'ont clairement affiché ça (...) ils m'ont renvoyé le, le côté (silence) absurde de ma, fin qu'ils estimaient absurde de, de ma démarche

c) Le vécu intrusif

Pour d'autres, être l'objet de commentaires sur des choix personnels liés à la sphère privée peut être vécu comme intrusif, mettant mal à l'aise.

- M2 « *D'être un sujet de discussion, ça dép...ben ça dépend de la personnalité. Si on est pudique comme moi, oui c'est un peu gênant. »*
- M3 « *Quand on commente mon apparence, ça me met mal à l'aise. Et donc mon tatouage, quand on me demande ce qu'il y a écrit dessus, ça me met mal à l'aise ».*

d) Les mécanismes de défense

L'un des médecins utilise alors le champ lexical du combat lorsqu'il doit se justifier.

- M1 « *si quelqu'un me faisait une remarque, fin bon, peut-être que ça...je me sentirais très facilement d'y répondre. » ; « je reçois des remarques dans la journée, et ben je suis prête à y répondre et on y va » ; j'ai pas non plus envie que mon lieu de travail soit un endroit de bataille pour mon apparence »*

e) « Crever l'abcès »

Un autre médecin préfère dédramatiser un éventuel malaise en l'évoquant directement avec le patient.

- M4 « *s'il y a un moment on perçoit que...une personne puisse être vraiment dérangée par des modifications corporelles, euh...peut-être qu'il faut le verbaliser ? Dire, (...) « j'ai le sentiment que vous n'êtes pas à l'aise avec moi, qu'est-ce que vous en pensez ? »*

2. Savoir prendre du recul

Selon le contexte, les médecins savent relativiser en remarquant que les modifications corporelles peuvent paraître secondaires.

- M4 « *ma dernière interne était noire et nous on a très peu de gens de peau noire là où j'habite et là où je travaille. Donc je dirais que ça c'était plus marquant que si elle avait eu un agrandisseur d'oreille quoi »*
- M6 « *J'ai pas la stigmatisation de « Ah la personne doit pas être très compétente vu son apparence ».(...) Je pense quand même que si j'essaie de*

prendre du recul, je pense que c'est parce que je n'ai pas de...d'autres éléments de discrimination. »

3. L'habit ne fait pas le médecin

Les médecins considèrent qu'il n'y a pas de raison d'avoir un look spécifique à la fonction de médecin.

- M5 « *Je ne pense pas qu'on doit présenter sa fonction sur soi* »
- M2 « *l'habit ne fait pas le moine* »

Certains médecins aiment d'ailleurs jouer avec les normes de l'archétype du médecin.

- M6 « *c'est ça, casser les codes (...). Quelquefois dans le look, je trouve intéressant (...) de faire poser une question à la personne et que ça mette la personne dans une situation où elle va être en lien avec ses présupposés*

En synthèse, les médecins ayant confiance en eux trouvent qu'il est intéressant voire amusant que leurs modifications corporelles puissent être sujet de discussion. A l'inverse, les moins confiants sont plutôt réservés et estiment parfois l'expérience comme négative au point de se sentir jugés, et vont jusqu'à mettre en place des mécanismes de défense pour répondre aux remarques considérées comme à leur rencontre. D'autres médecins préfèrent dédramatiser la situation.

A noter que dans certaines situations où d'autres éléments de discrimination sont présents, les modifications corporelles sont au second plan.

E. Les facteurs influençant le vécu du médecin

1. L'ambivalence du mode de pensée

On constate une ambivalence chez la plupart des médecins voulant assumer ce qu'ils sont tout en s'imposant des limites.

- M2 « *c'est complètement schizophrénique hein comme réflexion* »

a) Le syndrome de l'imposteur

On peut remarquer chez certains médecins un manque de confiance en eux au début de leur installation.

- M3 « *je pense que mon look peut contribuer parfois à mon... à mon syndrome de l'imposteur (rires) »*

Les médecins hésitent donc à faire une modification corporelle malgré leur envie dans une volonté de paraître crédible de prime abord.

- M2 « *j'ai toujours voulu être euh...être comme ça et je me mettais...je me mettais des freins qui n'étaient pas utiles, en fait. »*

b) Vouloir être authentique

Pour autant, les médecins souhaitent être authentiques et rester fidèles à leurs envies.

- M1 « *l'idée c'est pas non plus de présenter quelqu'un qui est très différent de soi-même en consultation »*

c) Assumer ses choix

Lorsqu'ils ont davantage confiance en eux et « fidélisé » leur patientèle les médecins assument donc leurs choix.

- M4 « *je me questionne pas du tout par rapport à mon travail »*
- M5 « *je pense que comme c'est définitif faut vraiment être sûr de soi. »*

L'un des médecins présente des regrets de ne pas avoir su s'affirmer plus tôt.

- M2 « *pourquoi je l'ai pas fait avant, quoi...pourquoi je l'ai pas fait avant ? » ; « Donc, oui, j'ai des regrets, oui. »*

Les médecins se montrent ambivalent quant à une certaine détermination à vouloir être authentique malgré leur difficulté à le mettre en pratique. Néanmoins, ce cap est davantage facile à passer lorsqu'ils ont davantage l'impression d'être légitime dans leur posture de médecin généraliste.

2. Le rapport personnel à la modification corporelle

a) *Minimiser sa modification corporelle*

Le plus souvent, la visibilité de la modification corporelle est minimisée, tout comme son potentiel impact sur les patients.

- M4 « *je pense que c'est pas très extrême. Mon tatouage, c'est quand même un arbre avec des fleurs, c'est pas un motif qui peut prêter beaucoup à...à mettre les gens mal à l'aise* »
- M6 « *J'ai les cheveux longs et des boucles d'oreilles. Bon...comme la grande majorité des personnes en France tu vois (rires).* »

b) *Une histoire singulière*

Les modifications corporelles viennent s'inscrire dans l'histoire personnelle du médecin, soit dans une dimension cathartique, voire un rite initiatique, soit une dimension esthétique.

- M3 « *justement c'était prouver au reste du monde que je...j'étais un peu plus que...que cette élève modèle (...) Donc je pense qu'il y a eu un besoin de faire une pseudo crise d'adolescence tardive (rires)* »
- M5 « *Donc c'est pas pour les montrer, c'est pour moi* »
- M6 « *il y a eu quand même un truc de l'ordre de la réparation* »

c) *Pouvoir doser la réaction des patients*

La modification corporelle est source d'a priori et de jugement de la part des patients sans que le médecin ait de contrôle sur les interprétations qui peuvent être faites.

D'ailleurs, les médecins surinterprètent parfois les coups d'œil sur leur modification corporelle.

- M3 « *c'est vrai que je pense pas avoir remarqué que la personne remarque mon tatouage et donc là ça y est, il y a une perte de confiance* »

C'est pourquoi, comme cité plus haut, certains médecins décident d'adopter une tenue neutre pour ne pas avoir davantage de critères de discrimination.

d) La localisation et la visibilité de la modification

Le choix de la localisation et du motif, lorsqu'il s'agit d'un tatouage par exemple, est impacté par le potentiel qu'en dira-t-on et les a priori.

- M1 « *je voulais aucun tatouage sur les mains (court silence) parce que ça me semblait important pour les gens d'avoir euh... des mains extrêmement neutres et euh...euh...en apparence hygiénique* »
- M2 « *je ne m'interdis pas grand-chose par rapport à...à juste la localisation. Après, peut-être la...la signification du tatouage. En tout cas, bon ça ne me viendrait pas l'idée de faire un tatouage, de faire la tête de Johnny Hallyday sur mon bras, quoi* »

Il semblerait exister une notion d'acceptabilité propre à chacun en fonction de la visibilité de la modification corporelle.

- M1 « *c'est toujours une histoire de curseur et qu'est-ce qu'on trouve étonnant ou pas* » ; « *peut-être que du coup je me fais des propres grades moi aussi de ce que je trouve très visible et pas visible et peut-être qu'on a chacun des... perceptions différentes* »
- M4 « *des gros flingues, des trucs comme ça bon ben voilà, moi par exemple j'aime pas, j'apprécie pas et...et je pense qu'effectivement, si mon médecin avait des tatouages sur la peau que j'apprécie pas, fin dans l'idéologie ça pourrait me heurte* »

e) Le risque d'obsolescence

Le vieillissement est également pris en compte au vu de la potentielle différence de personnalité que la modification peut traduire. En effet, la modification est l'ancrage d'un pan de personnalité à un instant donné. Or la personnalité évolue au cours du temps, générant un possible malaise chez le médecin du fait d'un certain décalage.

- M2 « *Il y a un jour où je vais devoir probablement changer de look. Et donc, est-ce que, justement, quand je changerai ce look, est-ce que les tatouages seront toujours entre guillemets d'actualité ?* »
- M3 « *Mais...je corresponds plus...fin, je suis plus exactement la personne qui a décidé de faire ce tatouage en fait. Et donc, du coup, ça me met toujours un peu mal à l'aise quand on le remarque dans ma vie professionnelle* »

Les modifications corporelles sont l'écriture d'une histoire personnelle dont les critères d'acceptabilité sont propres à chacun. Cela est d'autant plus vrai que la modification est visible. Celle-ci est d'ailleurs souvent minimisée au-même titre que son impact sur les patients qui sont pourtant au premier rang pour juger le médecin. Ce dernier a d'ailleurs conscience des a priori des patients et en a d'ailleurs lui-même quant au décalage entre son histoire personnelle et une modification corporelle donnée.

3. Le rapport personnel aux institutions, à l'éducation

a) Le cadre éducatif, l'entourage familial et professionnel

Les médecins craignaient parfois plus la réaction de leur entourage plutôt que celle de leurs patients.

- M2 « *on craint ses parents* »
- M6 « *qu'est-ce que vont se dire les gens ? Mais c'était plutôt les gens autour de moi* »

Les confrères quant à eux sont plutôt bienveillants, hormis le contexte universitaire lorsque des positions de pouvoir sont en jeu.

- M5 « *Ça les fait rigoler quand ils voient que je change de...de...de coupe de cheveux, tout ça* »
- M6 « *J'enlève mes boucles d'oreilles parce que je suis dans un endroit très normé où l'objectif, c'est de discuter du fond et que je sais que dans ce conseil-là, il y a des personnes qui vont discuter de la forme, qui sont les personnes qui vont se mettre à stigmatiser* »

b) Tenue correcte exigée

Peu importe la modification corporelle, les médecins sont d'accord pour convenir qu'une tenue adéquate pour le travail est nécessaire.

- M2 « *j'aime bien mettre des chemises quand je vais travailler, ouais je préfère ça que des t-shirts. (...). C'est...je me sens plus à l'aise en t-shirt à la maison et plus à l'aise en chemise au boulot* »

Néanmoins, la blouse ne semble pas adaptée au médecin généraliste, médecin qui se veut proche de ses patients et authentique. La blouse est davantage l'apanage du milieu hospitalier.

- M3 « *Mais, justement, au cabinet où on n'a pas la blouse, (...) les gens voient vraiment notre style vestimentaire et tout ça* »
- M6 « *Pour moi, la blouse, c'est l'hôpital. Je suis avant tout médecin généraliste dans une communauté donc euh...je m'habille civilement.* »

c) Vouloir être anti-conformiste

Au final, les médecins revendiquent une certaine singularité et viennent ainsi questionner les a priori.

- M4 « *C'est une revendication de ma part je dirais. Une revendication c'est le terme un peu fort parce que je suis pas non plus militante mais ça me va bien d'être comme ça* »

Pour autant, la limite semble conservée avec le respect d'une éthique personnelle.

- M5 « *Si ça avait remis en cause mon métier, je ne l'aurais pas fait. J'ai jamais pensé à ça* »

d) Internes et remplaçants : des statuts à part

Avoir le statut d'interne ou de jeune remplaçant est assimilé par le patient comme une démonstration d'immatunité, d'irresponsabilité, complexifiant ainsi la relation médecin-patient. Avoir une modification corporelle peut acutiser cette impression.

- M3 « *être jugée jeune, irresponsable, etc., ça peut quand même faire que les gens euh...ne nous croient pas quand il y a désaccord par exemple* »

Néanmoins, les médecins décrivent moins d'investissement dans la relation lorsque l'on est étudiant ou remplaçant. En effet, ce statut confère un côté transitoire à la relation, plutôt centré sur les problématiques aiguës du patient, contrairement au médecin installé qui prend en soins les patients sur le long terme.

- M1 « *même si évidemment que l'impact sur ma crédibilité impactait mon activité de remplacement y'a un côté quand même temporaire* »

-
- M2 « *en tant qu'installé j'ai vraiment plus l'impression d'avoir une responsabilité sur la santé des personnes que je vois* »

En général, le statut d'interne ou de remplaçant engendre un certain laisser aller de la part des patients pour commenter leur apparence, leur attitude.

- M3 « *Et de temps en temps, j'ai des questions. Euh... ça arrive rarement. Ça arrivait plus quand j'étais étudiante.* »

Les médecins, pendant l'internat se sentaient obligés de respecter une culture médicale normée. En revanche, l'un des médecins profitait de ce statut pour se permettre plus d'excentricité.

- M6 « *mon meilleur copain qui avait les cheveux longs (...) Ils lui ont demandé le premier jour de couper ses cheveux parce que c'était dégueulasse, (...), c'était pas aux norme et que d'une part, en tant qu'homme, il faut quand même avoir les cheveux courts (...) Il est allé jusqu'à couper les cheveux* »
- M1 « *De façon étrange, en tout cas pendant que j'étais interne, je m'interdisais beaucoup moins de choses* »

On constate néanmoins une évolution des mœurs au vu de l'évolution du style des internes, ayant davantage de modifications corporelles apparentes.

- M2 « *je vois dans mes élèves de GEP, des gamins (...) qui ont des longs cheveux, (...) qui ont un look à la part entière et qui euh...et qui l'assument complètement et qui sont des excellents élèves, quoi. (...) ça ne dérange personne.* »

Pour l'un des médecins au contraire, « les internes sont très classiques » (M4)

En synthèse, les médecins sont partagés entre le respect du cadre médical et leur volonté de transgresser les codes établis, par leur profession ou par leur cadre familial, tout en restant toujours dans des limites qu'ils s'imposent pour ne pas choquer le patient, au point de parfois dissimuler leurs transformations par des vêtements adaptés.

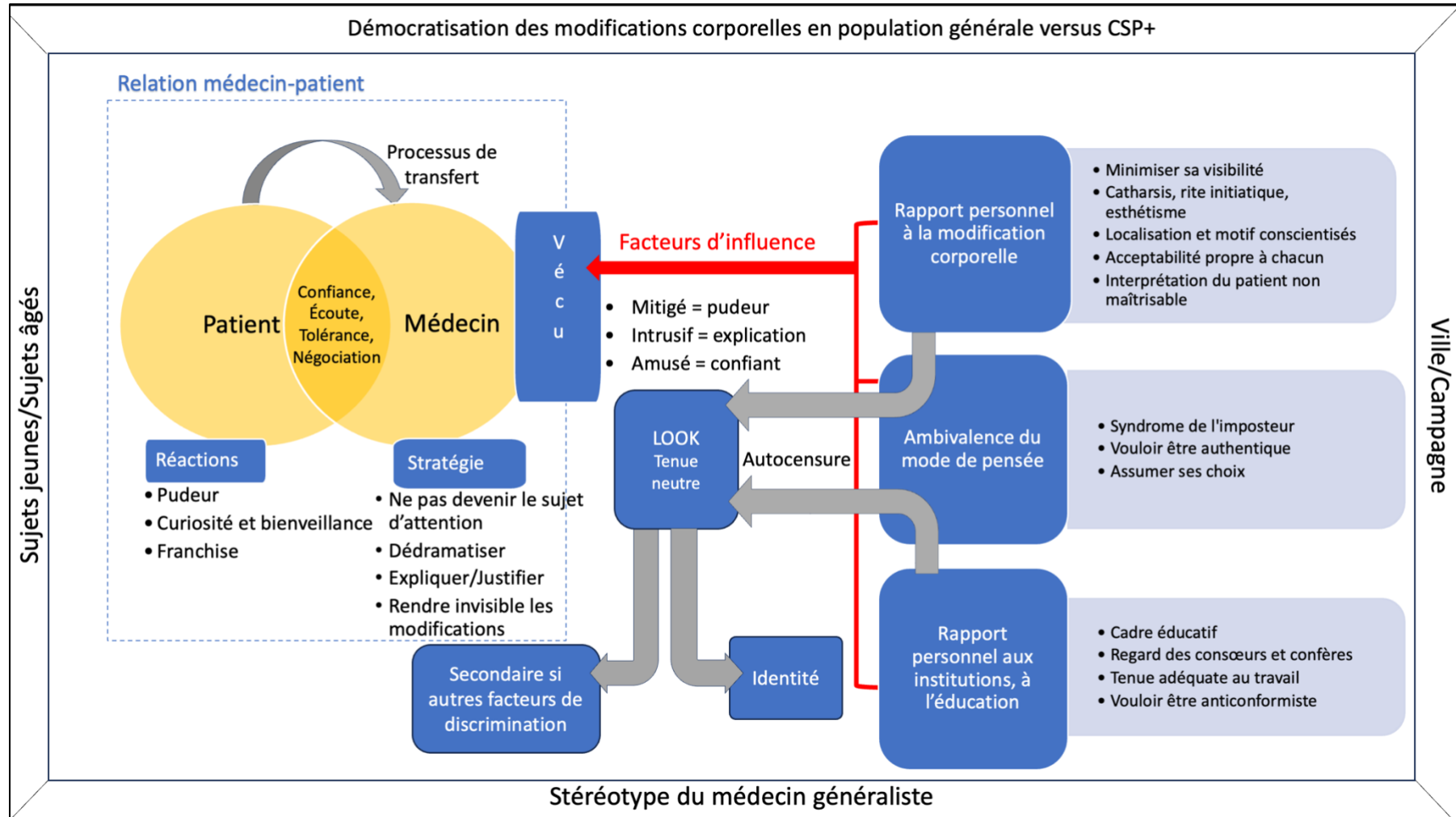
Certains médecins sont plus soucieux du regard de leurs proches que de celui de leurs patients qu'ils supposent plus tolérants.

Avec leurs pairs, la singularité des médecins est bien accueillie, en dehors d'un cadre de pouvoir.

Parmi les médecins, l'interne et le remplaçant ont un statut particulier. Ces derniers sont moins pris en considération par les patients, contrairement à leur médecin généraliste traitant qui s'inscrit avec eux dans une relation durable.

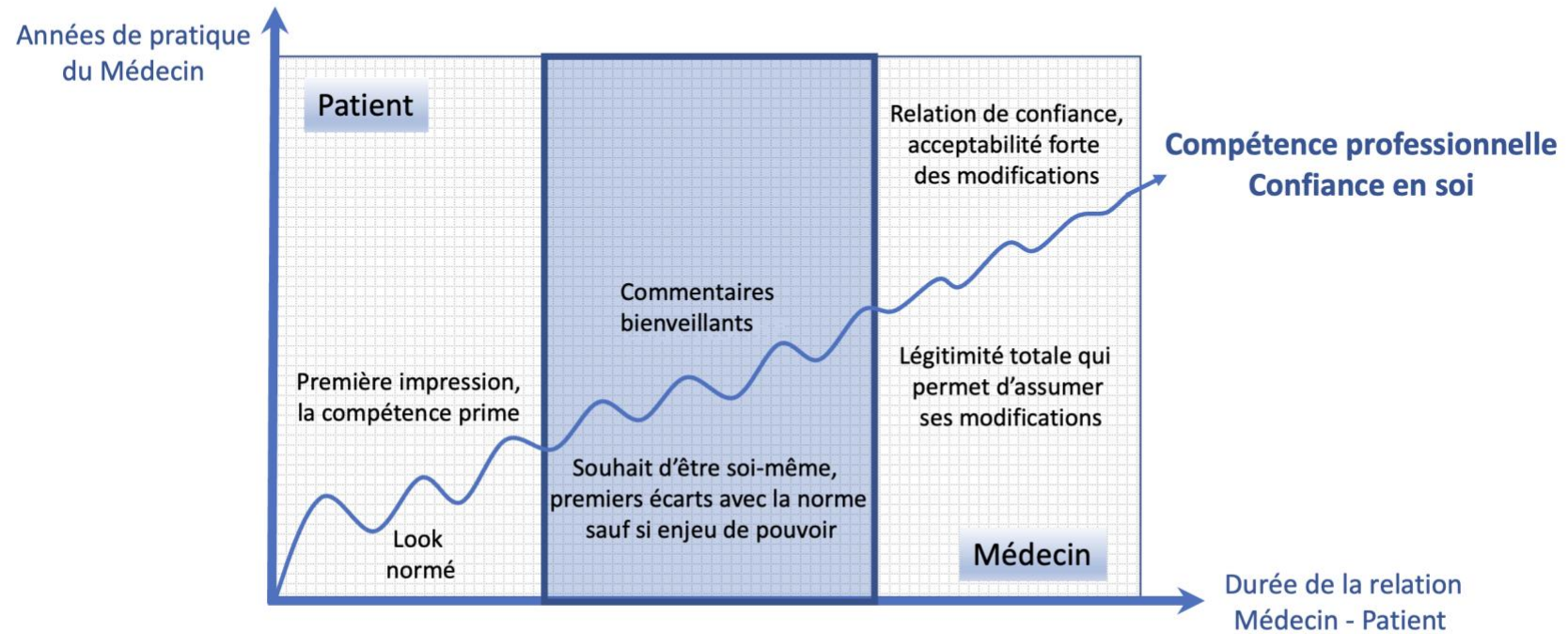
F. Schémas du vécu de la relation médecin-patient des médecins généralistes traitants porteurs de modifications corporelles apparentes

1. Figure 1



2. Figure 2

Evolution du look du Médecin avec la prise de confiance en soi



DISCUSSION

I. Forces et limites de l'étude

A. Les limites

Il existe une limite dans le procédé de recrutement. Tous les participants étaient intéressés par la thématique et motivés pour participer.

Malgré l'utilisation d'un guide d'entretien, il existe une limite d'investigation lors de la formulation des questions par l'investigatrice.

Les entretiens ont été réalisés en visioconférence ce qui implique la perte de certaines données paraverbales des médecins interrogés.

Les données ont été analysées et triangulées par deux chercheurs novices en recherche qualitative.

B. Les forces

Concernant l'étude, il s'agit d'une question de recherche originale dont le protocole d'étude a été validé par un comité d'éthique. Les critères de qualité méthodologique ont été garantis via l'utilisation de la version française de la grille SRQR.

Les entretiens ont été menés jusqu'à suffisance des données. L'utilisation d'un guide d'entretien ouvert a permis la libre expression et l'exploration des thématiques à la faveur de la réponse des participants. Le guide a été révisé et plus ou moins modifié après chaque entretien.

Les entretiens par visioconférence ont été programmés à l'avance. Les médecins étaient donc disponibles. La visioconférence a pu libérer la parole des médecins plus pudiques.

Parmi les médecins interrogés, la répartition des secteurs d'activité est représentative de celle de la population des médecins généralistes en France contrairement à la parité homme-femme qui n'est pas représentative

Enfin, les données obtenues ont été analysées et triangulées par un autre chercheur renforçant la validité interne de l'étude.

II. Discussion des résultats principaux

A. La confiance accordée au médecin généraliste

Nos résultats montrent que les médecins, malgré leurs modifications corporelles apparentes, ont le sentiment d'inspirer la tolérance et la confiance aux patients.

Ce résultat coïncide donc avec l'étude ART (9) qui démontrait que la confiance des patients envers leur médecin n'était pas influencée par le fait d'avoir des modifications corporelles apparentes.

De même, il vient faire écho à la thèse qualitative (10) questionnant les relations interprofessionnelles des médecins tatoués. Cette dernière concluait que le médecin tatoué était vu comme davantage tolérant et ouvert que les confrères non tatoués.

On peut donc supposer que les médecins avec modifications corporelles apparentes ne sont pas identifiés comme étant moins tolérants, ouverts que leurs confrères sans modifications corporelles.

B. La sous-représentation des modifications corporelles apparentes en médecine générale

Dans notre étude, les médecins ressentent une sous-représentation des modifications corporelles apparentes au sein de la population des médecins généralistes.

En terme de tatouages, 38% des ouvriers sont tatoués contre 19% de professions intermédiaires et 7% de cadres supérieurs (2). La démocratisation du tatouage

concerne donc peu les CSP+ qui sont les classes sociales les plus à même de réussir les études médicales.

Une thèse descriptive de 2022 (8) retrouve également ce résultat objectivant 4,1% de médecins ayant un tatouage visible contre 7,3% de la population française.

Dans les faits, les médecins généralistes sont moins tatoués que la population générale. Comme dans notre étude, les médecins en quête d'une légitimité auprès de leurs confrères et de leurs patients s'auto-censurent probablement par souci de conformité à une certaine norme sociale attendue de la part du médecin généraliste, au risque que leur authenticité en soit entravée.

C. La tenue du médecin généraliste

Les médecins interrogés décrivent leur look comme une manière de se présenter. La tenue est une composante du look.

Dans diverses études, on retrouve que la tenue du médecin généraliste influence la confiance du patient envers son médecin généraliste (5,12–15). La confiance au sein de la relation médecin-patient est nécessaire, cette dernière permettant par exemple d'optimiser l'observance, un meilleur suivi des recommandations médicales, une continuité des soins améliorée et une meilleure prise en charge des pathologies chroniques (16–18).

Au final, les études sur la tenue objectivent que les patients préfèrent une tenue formelle. L'adoption d'une telle tenue par le médecin généraliste pourrait peut-être donc rassurer le patient et permettre la mise au second plan des modifications corporelles.

D. La première impression

On constate dans notre étude que les modifications corporelles peuvent initialement influencer la première impression. Celle-ci semble être contrebalancée par les compétences du médecin.

Dans la littérature, on retrouve également que l'apparence physique influe sur la première impression du patient (19,20). Cette première impression est également conditionnée par une multitude de facteurs comme l'esthétisme du bureau du médecin (21–23), de la salle d'attente (24), le choix d'une musique pour cette dernière (25).

Les modifications corporelles apparentes sont donc l'un des nombreux éléments influençant la première impression, mais pas le seul.

E. Le concept de transfert dans la relation médecin-patient

Nos résultats montrent que le processus de transfert permet au patient de se projeter et d'accepter d'autant plus les modifications corporelles.

Ce concept est abordé dans la formation des étudiants en médecine dès l'item 1 de l'EDN intitulé « la relation médecin-patient ». Il évoque le concept de transfert comme « la caractéristique de la position psychanalytique dans la relation d'aide » (26) . Dans l'article *Transfert et contretransfert dans l'accompagnement vers les soins* (27), Jacob Benarosch explique que le transfert est « la transposition, le report sur une autre personne de sentiments, de désirs, de types de relations, auparavant organisés ou éprouvés par rapport à des personnages clés de l'histoire du sujet ».

Le transfert positif facilite la relation médecin-patient tandis que le transfert négatif « renforce les résistances du patient aux changements ou le refus de renoncer aux bénéfices de la maladie ».

On en conclut qu'il est essentiel de prendre en compte ce processus d'autant plus que « Le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même » d'après Michael Balint (28).

F. Le vécu des étudiants en médecine

Dans notre étude, les médecins décrivent avoir ressenti une pression importante lors de leurs stages de formation initiale en milieu hospitalier.

De nombreuses études, thèses et témoignages d'étudiants décrivent la pression qu'ils subissent, l'omerta, le manque d'encadrement, la violence psychologique voire le harcèlement de la part d'autres professionnels de santé (29–36).

En 2017, une enquête de l'ISNI (37) révélait que 23% des internes déclaraient avoir eu des idées suicidaires dont 5% dans le mois précédent la réponse à l'enquête et 3,8% soit 738 internes déclaraient avoir déjà fait une tentative de suicide. Pour comparaison, en 2018, l'Observatoire nationale de la Vie Étudiante comptabilisait chez les étudiants 8% d'idées suicidaires et 4% de tentative de suicide (38).

Ces chiffres doivent faire réfléchir quant à l'optimisation du bien-être des futurs médecins. La tolérance envers les modifications corporelles semble donc un axe de travail important pour le bien-être des étudiants en santé.

III. Liens d'intérêt

L'autrice déclare ne pas avoir de lien d'intérêt financier en lien avec cette question de recherche.

IV. Perspectives et conclusion

Les modifications corporelles apparentes sont un facteur de discrimination relativement bien accepté chez les médecins en l'absence d'autre facteur de discrimination et lorsque cette modification corporelle ne vient pas heurter la sensibilité du patient.

Il serait intéressant d'évaluer par une étude qualitative par IPA le vécu de la relation médecin-patient chez les médecins ayant d'autres facteurs de discrimination tels que la couleur de peau, l'obésité, une chirurgie esthétique évidente, etc.

De plus, on peut se demander s'il existe une gradation entre ces différents facteurs. Une étude quantitative pourrait évaluer la prévalence des facteurs de discrimination chez les médecins et quantifier d'après eux leur impact dans la relation médecin-patient.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bouvry F. Humaniser son corps depuis Homo Sapiens Sapiens / Eriger « “Soi” » ou être un Homme au 21ème. Communication Colloque: "Corps dans l'espace. espaces du corps" Interagir dans/avec le monde. Université de Tallinn (Estonie), 25 - 26 novembre 2011.
2. IFOP [Internet]. [cité 5 sept 2023]. Les Français et le tatouage. Disponible sur : <https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-le-tatouage/>
3. ladepeche.fr [Internet]. [cité 5 avr 2024]. Tatouages et piercings sont mal perçus par une majorité de Français. Disponible sur: <https://www.ladepeche.fr/article/2018/11/26/2913745-tatouages-piercings-sont-mal-percus-majorite-francais.html>
4. Gjerdingen DK, Simpson DE, Titus SL. Patients' and physicians' attitudes regarding the physician's professional appearance. *Arch Intern Med.* juill 1987;147(7):1209-12.
5. Colin A. Impact de la tenue vestimentaire du médecin généraliste sur la confiance du patient. Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine ; 2017.
6. Chung H, Lee H, Chang DS, Kim HS, Lee H, Park HJ, et al. Doctor's attire influences perceived empathy in the patient-doctor relationship. *Patient Educ Couns.* déc 2012;89(3):387-91.
7. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer.* 2013;24(108):148-55.
8. Delhaye L. Tenue d'exercice des médecins généralistes dans les Hauts-de-France : étude descriptive. Université de Lille. Faculté de Médecine ; 2022.
9. Cohen M, Jeanmonod D, Stankewicz H, Habeeb K, Berrios M, Jeanmonod R. An observational study of patients' attitudes to tattoos and piercings on their physicians: the ART study. *Emerg Med J.* 1 sept 2018;35(9):538-43.
10. Bonnet-Lebrun L, Giraudeau M, Schuurs M, Roussel M, Boudier J, Guirimand N. Le médecin tatoué dans son rapport aux professionnels de santé: Étude qualitative par focus groupes auprès de professionnels de santé en Haute-Normandie. Université de Rouen. Faculté de Médecine ; 2024.
11. Breuil-Genier S. L'origine sociale des professionnels de santé. *Dir Rech Études L'évaluation Stat DREES* [Internet]. juin 2006 [cité 9 sept 2024];(496). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er496.pdf>
12. Kocks JWH, Lisman-van Leeuwen Y, Berkelmans PGJI. [Clothing make the doctor--patients have more confidence in a smartly dressed GP]. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2010;154(51-52):A2898.
13. Kurihara H, Maeno T, Maeno T. Importance of physicians' attire: factors influencing the impression it makes on patients, a cross-sectional study. *Asia Pac Fam Med.* 2014;13(1):2.

-
14. Menahem S, Shvartzman P. Is our appearance important to our patients? *Fam Pract.* oct 1998;15(5):391-7.
 15. Rehman SU, Nietert PJ, Cope DW, Kilpatrick AO. What to wear today? Effect of doctor's attire on the trust and confidence of patients. *Am J Med.* nov 2005;118(11):1279-86.
 16. Bizouard F, Jungers C. Évaluation de la connaissance des indications des traitements chroniques en médecine générale et de la relation médecin malade : impact sur l'observance Grenoble. Université Joseph Fourier ; 2014.
 17. Les interventions pour améliorer la confiance des patients dans les médecins et les groupes des médecins [Internet]. [cité 27 août 2024]. Disponible sur: https://www.cochrane.org/fr/CD004134/COMMUN_les-interventions-pour-ameliorer-la-confiance-des-patients-dans-les-medecins-et-les-groupes-des
 18. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract.* sept 1998;47(3):213-20.
 19. Chennoufi M. Impact de la tenue vestimentaire du médecin généraliste sur les patients: étude quantitative menée auprès de la population générale en France. Université de Lorraine. Faculté de Médecine ; 2016.
 20. Chaintron L. Influence de l'apparence physique du médecin généraliste sur la relation médecin-patient : étude qualitative menée en Rhône-Alpes auprès de 14 patients. Université Claude Bernard Lyon 1. Faculté de Médecine ; 2015.
 21. Rapp C. Décoration du bureau et compétence du médecin : étude qualitative sur les ressentis et représentations des patients. Université Claude Bernard Lyon 1. Faculté de Médecine ; 2020.
 22. Lugo S. Le bureau : élément de la personnalité du médecin et outil de communication avec ses patients. Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de Médecine ; 2014.
 23. Nau R. Quelle est l'influence perçue du meuble bureau sur la communication et la relation médecin-patient ? Université de Tours. UFR de Médecine ; 2020.
 24. Groscol M. La salle d'attente en médecine générale et sa place dans la relation de soin du point de vue des patients. Université de Montpellier. Faculté de Médecine ; 2022.
 25. Clabaut M. La musique en salle d'attente influence-t-elle l'expérience de soins et l'alliance thérapeutique en médecine générale ? : Une étude comparative en région PACA. Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine ; 2023.
 26. Bontoux D, Autret A, Jaury P, Laurent B, Levi Y, Olié J. Relation médecin malade. *Rapp Académie Natl Médecine.* 22 juin 2021.
 27. Benarosch J. Transfert et contretransfert dans l'accompagnement vers les soins. *Prat En Santé Ment.* 2017;63e année(3):49-53.
 28. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie.* Payot; 1996. 418 p.

-
29. Kodja Y, Chetti M, Aix-Marseille Université. Faculté des sciences médicales et paramédicales. Vécu anxiodépressif des internes de médecine générale Marseillais. Université de Marseille. Faculté de Médecine ; 2023.
30. Tabaras J. Vécu des internes en médecine générale de première année en stage au sein d'un service d'urgences adultes de CHU. Université de Montpellier. Faculté de Médecine ; 2020.
31. Auslender V. Omerta à l'hôpital: Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé. Editions Michalon; 2017. 322 p.
32. L'Etudiant [Internet]. [cité 13 août 2024]. #MeToo hôpital : pour les étudiants et internes, « entre ma carrière et porter plainte, j'ai choisi la première ». Disponible sur: <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/metoo-hopital-pour-les-etudiants-et-interne-entre-ma-carriere-et-porter-plainte-jai-choisi-la-premiere.html>
33. Rédaction L. Violences sexistes et sexuelles : un guide proposé aux étudiants en médecine [Internet]. Souffrance et Travail. 2023 [cité 13 août 2024]. Disponible sur: <https://www.souffrance-et-travail.com/magazine/dossiers/harcelement-sexuel/violences-sexistes-et-sexuelles-guide-etudiants-medecine/>
34. Jort M. « Vous les externes, vous êtes des chiennes » : enquête sur la face cachée des études de médecine | Egora [Internet]. 2021 [cité 13 août 2024]. Disponible sur: <https://www.egora.fr/etudiants/actus-etudiants/vous-les-externes-vous-etes-des-chiennes-enquete-sur-la-face-cachee-des>
35. Marseille J. Le vécu émotionnel des étudiants en médecine dans leurs premières expériences en stage : une modélisation. Université de Lille. Faculté de Médecine ; 2019.
36. Pencilé C. Vécu des étudiants de second cycle des études médicales de Montpellier de leur formation théorique et de leurs stages pratiques. Université de Montpellier. Faculté de Médecine ; 2018.
37. Communication. Suicides des internes en médecine : l'État et les doyens fautifs ! [Internet]. ISNI. 2021 [cité 12 août 2024]. Disponible sur: <https://isni.fr/suicides-des-internes-en-medecine-letat-et-les-doyens-fautifs/>
38. Reperes_sante_etudiants_2018.pdf [Internet]. [cité 13 août 2024]. Disponible sur: https://www.ove-national.education.fr/wp-content/uploads/2018/11/Reperes_sante_etudiants_2018.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Protocole d'éthique de deux projets de thèse ancillaires

Demande d'expertise par le comité d'éthique du CH de Lens

Nous sollicitons une évaluation de nos projets de thèses par votre comité d'éthique avant de pouvoir débiter notre protocole de recherche.

Il nous semble important de vous consulter car ces sujets concernent le relationnel entre un médecin et ses patients. Il est donc nécessaire de faire valider le protocole pour nous assurer qu'il répond aux critères éthiques pour permettre un bon déroulement de l'étude, dans le respect du patient et du médecin afin de ne pas entraver cette relation.

Il nous semble d'autant plus important d'avoir votre aval, car nous souhaitons pouvoir publier les résultats de nos thèses. Ceci ne sera pas réalisable sans avoir l'assurance que cela ne portera pas atteinte au bien être des participants, ni à la relation médecin-patient.

Sujets de thèse :

1. « Comment les médecins traitants porteurs de modifications corporelles apparentes vivent-ils leur relation patient-médecin ? »
2. « Comment les patients vivent-ils leur relation patient-médecin avec un médecin traitant porteur de modifications corporelles apparentes ? »

<p>Vécu de la relation médecin-patient pour des médecins généralistes porteurs de modifications corporelles apparentes et pour leurs patients</p>
--

Promoteur :

Université de Lille

Financier, le cas échéant (Organisme demandeur) :

Sans Objet

Porteur du projet recherche :

Axel Descamps, AUMG, Faculté de Médecine, Université de Lille

Directeur de thèse :

Axel Descamps, AUMG, Faculté de Médecine, Université de Lille

Investigateurs :

- Axel Descamps, AUMG, Faculté de Médecine, Université de Lille
- Gwendoline Cuenca, interne de médecine générale, étudiante en thèse d'exercice de Médecine Générale, Faculté de Médecine, Université de Lille
- Marianne Demets, interne de médecine générale, étudiante en thèse d'exercice de Médecine Générale, Faculté de Médecine, Université de Lille

Version n°1 du 23/09/2022

Clause de confidentialité

Les informations contenues dans ce document sont la propriété du Promoteur. Les informations contenues dans ce document ne doivent pas être communiquées à des tiers sans l'autorisation écrite préalable du Promoteur.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION THEORIQUE	46
2. OBJECTIF PRINCIPAL.....	45
3. METHODE	45
3.1. Type d'étude	45
3.2. Population.....	45
3.3. Lieu d'étude	46
3.4. Procédure	47
3.5. Méthodologie utilisée	47
3.5.1 Méthodologie de l'entretien ouvert	47
3.5.2. Données socio-démographiques.....	48
3.6. Analyse des données.....	48
3.7. Finalité de l'étude	49
4. TRAITEMENT DES DONNEES	49
4.1. Gestion des données	49
4.2. Archivage des données.....	49
5. ASPECTS REGLEMENTAIRES ET DOCUMENTS A DESTINATION DES PARTICIPANTS	49
5.1. Confidentialité.....	49
5.2. Déclaration(s) réglementaire(s)	50
5.3. Information et consentement	50
5.4. Propriétés des données et publication	50
6. DUREE DE L'ETUDE ET ECHEANCIER.....	51
REFERENCES	51
ANNEXES.....	53
<i>Annexe 1 : Annonce de recrutement à destination des médecins</i>	<i>53</i>
<i>Annexe 2 : Annonce de recrutement à destination des médecins à diffuser sur les réseaux sociaux.....</i>	<i>54</i>
<i>Annexe 3 : Annonce de recrutement à destination des patients</i>	<i>55</i>
<i>Annexe 4 : Fiches de données sociodémographiques des médecins</i>	<i>56</i>
<i>Annexe 5 : Fiches de données sociodémographiques des patients</i>	<i>56</i>

APPROBATION ET SIGNATAIRES DU PROTOCOLE

Titre du protocole : *Les modifications corporelles apparentes au sein de la relation patient-médecin*

Date

Signature

Nom du responsable scientifique de l'étude

Dr Axel Descamps,

Et titulaire d'un laboratoire de recherche / _____ / / _____ /

Fonction : AUMG, Faculté de Médecine, Université de Lille

Je reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble du protocole et je m'engage à conduire ce protocole conformément à ce qui est décrit dans ce document.

Le protocole doit être relu, validé et signé par le responsable scientifique titulaire.

INTRODUCTION THEORIQUE

Le tatouage et le piercing sont en progression en France, avec 17% de tatoués et 12% de percés en 2020. La présence de ces modifications corporelles peut influencer la perception et la relation avec autrui (1). Or la relation médecin-patient est un pilier de la prise en charge.

Plusieurs études montrent une confiance réduite envers les médecins porteurs de modifications corporelles (2–4). Toutefois une étude interventionnelle dans un service d'urgences aux Etats-Unis conclut à l'absence d'influence sur la relation avec le médecin (5). En médecine générale, il n'y a pas d'étude ni de thèse réalisée sur cette thématique à ce jour.

Aussi, aux vues de la progression dans la population de ces modifications corporelles et devant l'absence de recherche spécifique en médecine générale en France et dans le monde, il y a donc un intérêt à s'intéresser à ce phénomène de société dans le cadre de la relation médecin-patient.

Ces études ont pour objectif de connaître d'un côté la perception par le patient de ces modifications corporelles chez le médecin généraliste traitant. D'un autre côté de connaître le vécu des médecins généralistes traitants porteurs de modifications corporelles de leur relation médecin-patient afin d'optimiser celle-ci.

OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif principal est de connaître les perceptions, le ressenti dans la relation médecin-patient, chez des médecins généralistes porteurs de modifications corporelles apparentes ainsi que celui de leurs patients.

METHODE

Type d'étude

Ce projet de recherche est une collaboration entre deux internes en médecine générale, dans le cadre d'un travail de thèse. Il s'agit de deux études qualitatives inspirées de la phénoménologie interprétative, avec recueil via des entretiens individuels ouverts, encore appelés entretiens compréhensifs. Le choix de la méthode qualitative paraît le plus adapté au vu de l'objectif principal de l'étude. La phénoménologie interprétative correspond davantage au recueil du vécu, du ressenti d'une expérience, d'un phénomène. L'entretien individuel ouvert est caractéristique de cette approche, basé sur un guide d'entretien ouvert, facilitant ainsi l'échange avec le participant, laissant libre court à la parole et à l'expression de son vécu, ses perceptions concernant le phénomène étudié.

Population

Le projet de recherche est divisé en deux études explorant le vécu d'une part, des

médecins, et de l'autre côté, des patients. Du fait d'une méthode inspirée de la phénoménologie ancrée, le nombre de participants ne pourra pas être calculé a priori. Il sera déterminé une fois l'inclusion finie, c'est-à-dire lorsque la suffisance de données sera obtenue.

Les populations de médecins et de patients seront des échantillons homogènes et ciblés.

Population de médecins

Les critères d'inclusion des médecins seront :

- Avoir un ou des tatouages visibles
- Avoir un ou des piercings
 - Pour les femmes : tout type de piercing visible (piercing buccal compris) en dehors du piercing aux lobes d'oreilles, considéré comme conventionnel
 - Pour les hommes : tout type de piercing visible
- Avoir une couleur et/ou une coupe de cheveux non traditionnelle :
 - Teinte non naturelle : bleu, vert, rose...
 - Coupe de cheveux atypique : crâne rasé pour une femme, catogan pour un homme, coupe mulet

Les médecins ne portant pas de modifications corporelles apparentes seront non inclus.

Population de patients

Les critères d'inclusion des patients seront :

- Être patient(e) d'un(e) médecin préalablement recruté(e)
- Être âgé(e) de plus de 18 ans
- Population pour répondre à un échantillonnage raisonné évoqué :
 - Avoir au moins 1 patient(e) âgé(e) de plus de 65 ans
 - Patient(e) avec ou sans modification corporelle
 - Patient(e) dont le médecin interrogé est le médecin traitant
 - Patient(e) dont le médecin interrogé est le médecin remplaçant

Les critères d'exclusion seront :

- Avoir un ou des troubles cognitifs
- Avoir une barrière de la langue
- Ne jamais avoir jamais rencontré le médecin généraliste auparavant (1ère rencontre)

Lieu d'étude

Les lieux d'étude seront les cabinets médicaux des médecins généralistes pour la thèse portant sur le vécu des médecins.

Pour la thèse portant sur le vécu des patients, le lieu d'étude sera le domicile des patients, afin de leur permettre d'être dans un environnement rassurant et faciliter

l'échange.

Les entretiens pourront également être réalisés en distanciel par visioconférence.

Procédure

Les médecins généralistes seront recrutés par différents moyens. Une annonce de recrutement sera diffusée par l'investigateur concerné par le versant médecin (cf. Annexe). Le thème de l'étude sera évoqué globalement, afin d'éviter d'influencer la réponse des participants. L'annonce pourra être distribuée en main propre au cours de congrès destinés aux médecins généralistes et diffusée également sur les réseaux sociaux. Les médecins généralistes intéressés contacteront ensuite l'investigateur, par mail ou par téléphone. L'investigateur et le médecin généraliste établiront ensemble les modalités de l'entretien, à savoir en présentiel ou en visioconférence, selon la faisabilité et la préférence du médecin.

Les entretiens ouverts seront enregistrés via un smartphone et/ou un dictaphone. Par sécurité, chaque entretien sera enregistré sur deux supports différents. Le consentement du médecin généraliste sera recueilli à l'oral et enregistré au début de l'entretien après l'avoir informé de la garantie de l'anonymat et des possibilités de retrait de consentement. L'investigateur appliquera ensuite la méthodologie de l'entretien ouvert.

A la fin de l'entretien, le même investigateur formera le médecin généraliste au recrutement de patients. Il lui fournira une annonce à destination des patients, les explications à donner concernant le thème de l'étude, et une affiche à laisser en salle d'attente.

Le recrutement des patients se fera de plusieurs façons possibles. En fin de consultation de soins courants, le médecin généraliste formé pourra proposer au patient de participer à l'étude si ce dernier correspond aux critères d'inclusion. Il lui donnera alors l'annonce de recrutement à titre de lettre d'information, avec les coordonnées de l'investigateur intéressé au versant patient de l'étude (cf. Annexe). Des affiches et des flyers avec l'annonce de recrutement pourront être mis à disposition des patients dans les salles d'attente. Le patient contactera alors s'il le souhaite l'investigateur. Ils décideront ensemble des modalités de l'entretien, en présentiel au domicile des patients, ou en visioconférence.

Les entretiens se dérouleront de la même manière que pour les entretiens des médecins, à savoir un double enregistrement vocal via dictaphone et/ou smartphone. En début d'entretien il sera demandé au patient son accord pour être enregistré après l'avoir informé que les données sont anonymisées avant d'être analysées.

L'entretien sera mené en suivant la méthodologie de l'entretien ouvert.

Méthodologie utilisée

Méthodologie de l'entretien ouvert

Le recueil de données se fera par entretien ouvert se fera en présentiel ou en distanciel, enregistré comme expliqué précédemment.

Au début de chaque entretien, après le recueil du consentement, il s'ensuivra une série de deux à trois questions "brise-glace" pour initier l'entretien.

Les entretiens seront menés en suivant la méthodologie de l'entretien ouvert c'est-à-dire l'absence d'un guide d'entretien rigide, laisser parler le participant via une écoute active, l'investigateur respecte des temps de pause, intervient peu ou uniquement pour relancer sur le sujet ou rebondir sur une idée abordée par le participant.

La durée d'entretien prévue est estimée à 1h environ.

Questions brise-glace type pour le médecin

"Présentez-vous succinctement"

"Pourriez-vous me parler de votre tatouage/piercing..."

"Et les conséquences dans votre pratique/votre relation avec vos patients ?"

Questions brise-glace type pour le patient

"Présentez-vous succinctement"

"Que pensez-vous des modifications corporelles apparentes ?"

"Et chez un médecin ?", question de relance pour préciser le vécu de la relation avec le médecin

Données socio-démographiques

Pour l'analyse ultérieure de l'échantillon, certaines données socio-démographiques seront recueillies en fin d'entretien lorsque ces dernières n'auront pas été mentionnées au cours de la présentation du participant.

Données socio-démographiques du médecin

- Sexe, âge
- Coursus universitaire
- Lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbaine)
- Type d'activité (MSP, cabinet individuel...)
- Durée d'activité, date d'installation

Données socio-démographiques du patient

- Sexe, âge
- Niveau socio-culturel
- Catégorie professionnelle

Chaque participant se verra attribuer un code d'inclusion pour garantir son anonymat et sera réutilisé tout au long de l'analyse des données. Le code se composera d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspondra au profil du participant, M pour un médecin et P pour un patient. Le chiffre correspondra à l'ordre d'inclusion, suivant un ordre croissant.

Analyse des données

Les données recueillies seront pseudonymisées puis intégralement retranscrites sur document Word après chaque entretien. Le recueil sera fait jusqu'à suffisance des

données. L'analyse des données se fera par codage à l'aide du logiciel QSR Nvivo. L'analyse se fera selon une approche intégrative. Les données seront étiquetées et organisées par thèmes, puis en thèmes super-ordonnés. Finalement, l'articulation des thèmes super-ordonnés aboutira à l'élaboration d'un modèle explicatif sous forme de synthèse.

Les investigateurs principaux s'échangeront leurs données respectives pour respecter le principe de triangulation et s'assurer d'une double lecture de l'analyse effectuée.

Finalité de l'étude

Le principe d'une étude qualitative inspirée de la phénoménologie ancrée est d'explorer un phénomène. Il n'y a pas d'hypothèse à confirmer ou à infirmer.

Recueillir les perceptions des médecins et de leurs patients concernant la relation médecin-patient permet d'élargir les connaissances concernant les déterminants de la relation et permet ainsi d'améliorer la communication et la relation entre médecins et patients.

TRAITEMENT DES DONNEES

Gestion des données

Les entretiens ouverts seront enregistrés. Chaque fichier audio sera sauvegardé sur ordinateur personnel, avec session nominative protégée par un mot de passe.

La retranscription du verbatim sera faite par chaque investigateur de l'étude, après chaque entretien. La participation des médecins et des patients sera pseudonymisée par un code correspondant à l'ordre d'inclusion, type MX pour les médecins et PX pour les patients où X est un chiffre, en ordre croissant. Les fichiers audios et la retranscription seront enregistrés dans un même dossier crypté grâce à l'application Veracrypt. Les deux investigateurs principaux s'échangeront ce dossier via une clé USB, en main propre, tout au long de l'inclusion et de l'analyse des données.

Archivage des données

Les données, à savoir les enregistrements audios, les fichiers informatiques de retranscription et d'analyse des verbatim, seront conservées jusqu'à 2 ans après la dernière publication.

ASPECTS REGLEMENTAIRES ET DOCUMENTS A DESTINATION DES PARTICIPANTS

Confidentialité

Toutes les personnes appelées à collaborer ou à prendre connaissance de l'étude sont tenues au secret professionnel.

Déclaration(s) réglementaire(s)

L'outil en ligne développé par le département de médecine générale (DMG) de la faculté de médecine de Rennes en partenariat avec le DMG de Strasbourg a été utilisé pour s'assurer des démarches et du cadre réglementaire propre à notre étude.

Avec la participation du Délégué à la Protection des Données (DPO), l'étude sera inscrite au registre des activités de traitement. Conformément à la Délibération n° 2018-326 du 11 octobre 2018, et des recommandations de la CNIL, une Analyse d'Impact relative à la Protection des Données (AIPD) sera réalisée par le DPO afin de s'assurer de la conformité à la méthode de référence MR-004. L'étude pourra ensuite être enregistrée dans un répertoire public tenu par la Plateforme des données de santé (PDS).

Information et consentement

Les médecins seront informé(e)s du thème global de l'étude via la lettre de recrutement. Il n'y aura pas de lettre d'information spécifique explicitant l'objet de l'étude pour éviter d'influencer les réponses au cours de l'entretien ultérieur. Il en sera de même pour les patients.

Le consentement des médecins et de leurs patients sera recueilli à l'oral et enregistré au cours de l'entretien ouvert. Il n'y aura pas de formulaire de consentement écrit afin de préserver leur anonymat.

Propriétés des données et publication

Les données seront la propriété de l'Université de Lille.

En vue d'une publication, les thèses d'exercice de médecine générale issues de l'analyse des données seront soumises au format article à des revues scientifiques à comité de lecture.

Ces travaux de thèses seront potentiellement présentés au cours de congrès de médecine générale.

DUREE DE L'ETUDE ET ECHEANCIER

Le montage du projet a eu lieu entre le 13 Janvier et le 27 Septembre 2022, date de soumission au Comité d'Éthique de Recherche (CER) du Centre Hospitalier de Lens. Le projet sera présenté devant le CER, en présentiel, le 6 Octobre 2022.

Les inclusions de médecins généralistes débiteront après le retour favorable du CER. Les inclusions de patients se feront en parallèle à partir de la patientèle des médecins généralistes recrutés. Les inclusions se termineront après obtention d'une suffisance de données.

Le recueil des données par entretien se fera après chaque inclusion et ce, jusqu'aux derniers médecins et patients inclus.

Le traitement et l'analyse des données se fera en parallèle du recueil des données.

REFERENCES

1. Kluger N, Misery L, Seité S, Taieb C. Tatoués, qui êtes-vous ? Étude épidémiologique sur un échantillon représentatif de 5000 français. *Ann Dermatol Vénéréologie*. 1 décembre 2017 ;144(12, Supplément) : S234.
2. Lill MM, Wilkinson TJ. Judging a book by its cover: descriptive survey of patients' preferences for doctors' appearance and mode of address. *BMJ*. 24 décembre 2005 ;331(7531) :1524-7.
3. Johnson SC, Doi MLM, Yamamoto LG. Adverse Effects of Tattoos and Piercing on Parent/Patient Confidence in Health Care Providers. *Clin Pediatr (Phila)*. 1 sept 2016;55(10):915-20.
4. Newman AW, Wright SW, Wrenn KD, Bernard A. Should physicians have facial piercings? *J Gen Intern Med*. Mars 2005 ;20(3) :213-8.
5. Cohen M, Jeanmonod D, Stankewicz H, Habeeb K, Berrios M, Jeanmonod R. An observational study of patients' attitudes to tattoos and piercings on their physicians: the ART study. *Emerg Med J*. 1 sept 2018 ;35(9) :538-43.
6. Comprendre notre démarche éthique - Université de Lille [Internet]. [cité 28 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.univ-lille.fr/recherche/la-recherche-au-service-de-la-societe/comprendre-notredemarche-ethique>
7. Constitution d'un dossier auprès du référent éthique et réglementaire - Département universitaire de Médecine Générale [Internet]. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur : <https://dumg.univ-paris13.fr/recherches/theses-d-exercice/ethique-recherche-formalites-reglementaires/referent-ethique-reglementaire>
8. Délibération n° 2018-155 du 3 mai 2018 portant homologation de la méthodologie de référence relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches n'impliquant pas la

personne humaine, des études et évaluations dans le domaine de la santé (MR-004) - Légifrance [Internet]. [cité 25 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCATA000037187507>

9. Astruc A, Jouannin A, Lootvoet E, Bonnet T, Chevallier F. Les données à caractère personnel : quelles formalités réglementaires pour les travaux de recherche en médecine générale ?. *Exercer*. 2021 ;172 :178-84.
10. Recherche en santé et formalités réglementaires 2020 [Internet]. [cité 28 sept 2022]. Disponible sur : <https://enquetes-partenaires.univ-rennes1.fr/index.php/17674?newtest=Y&lang=fr>
11. Recherche médicale : comment procéder pour une thèse ou un mémoire ? | CNIL [Internet]. [cité 25 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.cnil.fr/en/node/23872>
12. Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé Méthodologie de référence MR-004 | CNIL [Internet]. [cité 25 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.cnil.fr/fr/declaration/mr-004-recherches-nimpliquant-pas-la-personne-humaine-etudes-etevaluations-dans-le>
13. Rat C, Tudrej B, Kinouani S, Guineberteau C, Bertrand P, Renard V, et al. Encadrement réglementaire des recherches en médecine générale. *Exercer*. 2017 ;135 :327-34.
14. Rouhier M-A, Impact de la tenue vestimentaire du médecin généraliste sur l'empathie perçue par le patient, étude transversale auprès de patients du Nord-Pas-de-Calais atteints de maladie chronique [thèse]. Université de Lille : Faculté de Médecine ; 2020.
15. Jean-Pierre Lebeau, Isabelle Aubin-Auger, Collectif. Initiation à la recherche qualitative en santé. *Global media santé* ; 2021.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Annonce de recrutement à destination des médecins



Chère consœur, cher confrère

Je réalise une thèse de médecine générale concernant les médecins généralistes installés en cabinet, porteurs de modifications corporelles apparentes. Cette thèse est complémentaire d'un autre travail de thèse concernant la patientèle de ces médecins.

Dans ce cadre, je souhaite réaliser des entretiens individuels avec des médecins généralistes présentant un ou plusieurs critères d'inclusion :

- Tatouages apparents,
- Piercings (autre que le lobe d'oreille pour une femme ou tout type de piercing pour un homme)
- Coupe de cheveux atypique (mulet, crâne rasé volontairement pour une femme)
- Teinture de cheveux non naturelle (bleu, vert...)

Les entretiens se dérouleront sur rendez-vous à votre cabinet ou en distanciel par visioconférence.

Vous êtes totalement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude sans avoir à vous justifier et sans conséquence pour vous. En cas d'acceptation, vous pourrez à tout moment revenir sur votre décision, sans nous en préciser la raison par simple mail à l'investigateur de la recherche. Vous pourrez également retirer votre consentement, vous opposer à la diffusion de ces données ou encore les récupérer afin de les transmettre à une autre personne. Vos données seront conservées pendant la durée de l'étude jusqu'à la publication des résultats de l'étude dans le système d'information de l'organisme responsable de la recherche, puis seront archivées.

Cette étude respecte la méthodologie de référence définie par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Pour toute réclamation, vous pourrez contacter le DPO rattaché à l'étude voire la CNIL en cas d'insatisfaction.

Si vous êtes intéressés pour participer à cette étude, vous pouvez me contacter par mail via marianne.demets@gmail.com ou par téléphone au 07.87.81.09.88. Vous pourrez également me contacter après l'étude.

Merci pour votre participation à ce travail,

Cordialement,

Marianne DEMETS.

ANNEXE 2 : Annonce de recrutement à destination des médecins à diffuser sur les réseaux sociaux

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je m'intéresse aux médecins généralistes porteurs de modification(s) corporelle(s) apparente(s), en complément d'un autre travail de thèse, portant sur la patientèle de ces médecins.

Pour ce travail, je souhaite mener des entretiens individuels avec des médecins généralistes installés en cabinet et ayant un ou plusieurs critères parmi ceux cités ci-dessous :

- Tatouages apparents,
- Piercings (autre que le lobe d'oreille pour une femme ou tout type de piercing pour un homme)
- Coupe de cheveux atypique (crâne rasé pour une femme, coupe mulet...)
- Teinture de cheveux non naturelle (bleu, vert...)

Si vous êtes concerné(e) ou connaissez des médecins susceptibles d'être intéressé(e)s, vous pouvez me contacter par mail via marianne.demets@gmail.com.

N'hésitez pas à diffuser cette annonce autour de vous.

Merci pour votre participation à ce travail,

Marianne Demets

ANNEXE 3 : Annonce de recrutement à destination des patients



Madame, Monsieur,

Je réalise une thèse de médecine générale concernant les modifications corporelles apparentes telles que les tatouages, piercings et/ou couleurs et coupes de cheveux atypiques.

Dans ce cadre, je souhaite réaliser des entretiens individuels avec des patients de tout âge et porteur ou non de modifications corporelles (tatouage, piercing, couleur et/ou coupe de cheveux atypiques), afin d'échanger sur leurs expériences et opinions à ce sujet.

Les entretiens se dérouleront sur rendez-vous à votre domicile ou en distanciel par visioconférence.

Vous êtes totalement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude sans avoir à vous justifier et sans conséquence pour vous. En cas d'acceptation, vous pourrez à tout moment revenir sur votre décision, sans nous en préciser la raison par simple mail à l'investigateur de la recherche. Vous pourrez également retirer votre consentement, vous opposer à la diffusion de ces données ou encore les récupérer afin de les transmettre à une autre personne. Vos données seront conservées pendant la durée de l'étude jusqu'à la publication des résultats de l'étude dans le système d'information de l'organisme responsable de la recherche, puis seront archivées.

Cette étude respecte la méthodologie de référence définie par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Pour toute réclamation, vous pourrez contacter le DPO rattaché à l'étude voire la CNIL en cas d'insatisfaction.

Si vous êtes intéressé(e)s pour participer à cette étude, vous pouvez me contacter par mail via gwendoline.cuenca@live.fr ou par téléphone 06.XX.XX.XX.XX. Vous pourrez également me contacter après l'étude.

Merci pour votre participation à ce travail,

Cordialement,

Gwendoline CUENCA.

ANNEXE 4 : Fiches de données sociodémographiques des médecins

Sexe : Homme / Femme / non genré

Âge :

Durée de l'exercice professionnel :

ANNEXE 5 : Fiches de données sociodémographiques des patients

Sexe : Homme / Femme / non genré

Âge :

Catégorie socio-professionnelle : (retraité, fonctionnaire, cadre...)

Annexe 2 : Guide d'entretien version finale

- 1- Garantir l'anonymat. Demander le consentement
- 2- En quelques mots, pourriez-vous vous présenter ?
- 3- Pour vous, qu'est-ce qui fait partie du look ? Quel est le look d'un médecin généraliste ?
- 4- Comment définiriez-vous votre look et qu'en pensez-vous ? Quelle différence y a-t-il entre votre look au travail et dans la vie professionnelle ?
- 5- Quelle est l'évolution de votre réflexion concernant votre look ?
- 6- A votre avis, quelle est la 1^{ere} impression que suscite votre look ?
- 7- D'après vous quelle est la modification corporelle apparente la plus évidente chez vous ? Y en a-t-il d'autres et si oui, lesquelles ? Depuis combien de temps les avez-vous ?
- 8- Avant de la/les faire avez-vous songé aux possibles réflexions qu'elles susciteraient au cours de votre exercice
- 9- Quelles modifications avez-vous faites depuis votre installation ?
- 10-Comment avez-vous vécu la différence entre le statut d'installé et de remplaçant ? Quelles modifications n'oserez-vous pas faire et pourquoi ?
- 11-Quelles sont les limites à avoir ?
- 12-Quels sont les freins à faire des modifications corporelles ? Des freins inter ou intrapersonnels ? Une histoire d'éthique, de déontologie ?
- 13-Est-ce que vous avez déjà renoncé à faire une modification du fait de votre profession et de la posture de médecin généraliste traitant ? Si oui, pourquoi ? Et auparavant en tant qu'étudiant ? (modification de la réflexion)
- 14-Avez-vous dû batailler pour qu'on accepte le fait que vous ayez une modification corporelle ?
- 15-Comment définiriez-vous votre relation avec les patients ?
- 16-Quels enjeux professionnels pourraient être compromis par votre apparence ?
- 17-Comment résonne le terme d'ambivalence concernant votre look ? Vous sentez vous concerné(e) ?
- 18-Quelles difficultés ou bénéfiques avez-vous déjà rencontré dans votre exercice ?
- 19-Y a-t-il déjà eu des situations avec un ressenti négatif ou au contraire positif que vous attribuez à votre apparence ? Lesquelles ? Pourquoi ? Pourriez-vous citer des exemples ? "la première remarque/le meilleur souvenir/le plus drôle/le plus désagréable".
- 20-Quelles ont pu être les remarques de vos confrères ?
- 21-Quel est votre lieu et mode d'exercice (seul en cabinet, MSP, rural, urbain) ?
- 22-Quelle(s) différences y auraient-ils à exercer dans un autre milieu (rural <>urbain) ?
- 23-Depuis combien de temps êtes-vous installé(e) ?
- 24-Quelque chose à rajouter ?
- 25-Qu'avez-vous pensé de l'entretien ? Qu'est-ce qu'il y aurait à améliorer ?

Annexe 3 : Grille méthodologique SRQR

N°	Objet	Item
Titre et résumé		
S1	Titre (1 ^{ère} de couverture)	Description concise de la nature et du sujet de l'étude. Il est recommandé d'identifier l'étude comme qualitative ou d'indiquer le type d'approche (ex : ethnographique, théorisation ancrée/ <i>grounded theory</i>) ou les méthodes de recueil des données (ex : entretien de recherche, <i>focus group</i>).
S2	Résumé (4 ^{ème} de couverture)	Résumé des éléments clés de l'étude en utilisant le format requis par la revue ciblée, cela inclut typiquement : le contexte, l'objet, les méthodes, les résultats et conclusions.
Introduction		
S3	Formulation du problème (p.8-9 ; 47))	<ul style="list-style-type: none"> - Description et importance du problème /phénomène étudié. - Passage en revue d'une théorie appropriée et de travaux empiriques afférents. - Énonciation du problème.
S4	Objectif ou question de recherche (p.10 ; 47)	Objectif de l'étude et objectifs spécifiques ou questions.
Méthodes		
S5	Approche qualitative et paradigme de recherche (p.11 ; 47)	- Type d'approche qualitative (ex. ethnographique, théorisation ancrée / <i>grounded theory</i> , étude de cas, phénoménologie, recherche narrative) et éventuellement champ théorique.

N°	Objet	Item
S6	Caractéristiques et réflexivité des chercheurs (p.12-13)	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier le paradigme de recherche (ex. post-positiviste, constructiviste /interprétatif) est également recommandé. - Justifications. - Caractéristiques des chercheurs ayant pu influencer la recherche, y compris les caractéristiques personnelles, les qualifications /expériences, la relation avec les participants, les postulats de départ et/ou présupposés. - Exploration de l'interaction potentielle ou réelle entre les caractéristiques du chercheur et les questions de recherche, l'approche, les méthodes, les résultats et/ou la transférabilité (i.e., <i>l'applicabilité des résultats à d'autres contextes empiriques</i>).
S7	Contexte (p.8 ; 12-13 ; 47)	<ul style="list-style-type: none"> - Cadre /terrain de l'étude et facteurs contextuels marquants. - Justifications.
S8	Stratégie d'échantillonnage (p.11-12 ; 48-49)	<ul style="list-style-type: none"> - Comment et pourquoi les participants, les documents ou les événements étudiés ont été sélectionnés. - Critères de décision utilisés pour la taille de l'échantillon (ex. saturation de l'échantillon). - Justifications.
S9	Questions éthiques relatives aux êtres humains (p.13 ; 42-53)	<ul style="list-style-type: none"> - Informations relatives à l'autorisation par un comité d'éthique approprié et à l'obtention de consentement des participants, ou justification de l'absence de tels éléments. - Autres renseignements relatifs aux questions de confidentialité et de sécurité des données.

N°	Objet	Item
S10	Méthodes de recueil de données (p.11-13 ; 49-51 ; 53)	<ul style="list-style-type: none"> - Types de données recueillies. - Détails des procédures de collecte de données, incluant le cas échéant : les dates de début et d'arrêt de la collecte et de l'analyse des données, le processus itératif (i.e., l'adaptation des outils de recueil lors du processus de va-et-vient entre le terrain et les outils de recueil), la triangulation des sources /méthodes, et la modification des procédures en réponse à l'évolution des résultats de l'étude. - Justifications.
S11	Instruments et outils de recueil des données (p.12-13 ; 58)	<ul style="list-style-type: none"> - Description des instruments de recueil (ex. guides d'entretien, questionnaires à questions ouvertes) et des outils utilisés (ex. enregistreurs audio) pour la collecte des données. - Préciser si et comment les outils ont changé au cours de l'étude.
S12	Unités d'étude (p.14)	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et caractéristiques pertinentes des participants, documents ou événements inclus dans l'étude. - Niveau de participation (cela pourrait être rapporté dans les résultats)
S13	Traitement des données (p.12-13 ; 50-52)	Méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse, y compris retranscription, saisie des données, gestion et sécurité des données, vérification de la qualité des données, codage des données et anonymisation /dé-identification des extraits cités.
S14	Analyse des données	Méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse, y compris retranscription,

N°	Objet	Item
S15	(p.12-13 ; 50-52) Techniques pour améliorer la fiabilité (p.11-13 ; 51)	saisie des données, gestion et sécurité des données, vérification de la qualité des données, codage des données et anonymisation /dé-identification des extraits cités. – Procédure par laquelle les inférences, les thèmes, etc., ont été identifiés et développés, y compris l'implication des chercheurs dans l'analyse des données. – Généralement, besoin de se référer à un paradigme ou à une approche spécifique. – Justifications.
S16	Synthèse et interprétation (p.14-33)	Résultats – Principaux résultats (ex. interprétations, inférences et thèmes). – Peut inclure le développement d'une théorie ou d'un modèle, ou la mise en perspective avec des recherches ou des théories antérieures.
S17	Liens avec des données empiriques (p.15-31)	Éléments appuyant les résultats (ex. citations, notes de terrain, extraits de texte, photographies).
S18	Mise en perspective avec des travaux antérieurs, implications, transférabilité et contribution(s) au domaine d'étude (p 35-38)	Discussion – Bref résumé des principaux résultats – Explication de la manière avec laquelle les résultats et les conclusions sont en lien, soutiennent, élaborent ou récusent les conclusions de travaux de recherche antérieurs. – Discussion de la portée de la recherche quant à l'application /généralisabilité des résultats. – Montrer en quoi la recherche contribue de

N°	Objet	Item
		façon singulière au corps de connaissances dans une discipline ou un domaine
S19	Limites (p.34)	Fiabilité et limites des résultats
		Autres
S20	Conflits d'intérêts (p.34)	<ul style="list-style-type: none"> - Sources potentielles d'influence ou influence perçue lors de la réalisation de l'étude et des conclusions. - Comment celles-ci ont été gérées.
S21	Financement (p.38 ; 44)	<ul style="list-style-type: none"> - Sources de financement et autres soutiens. - Rôle du financeur dans le recueil des données, l'interprétation et la rédaction des résultats.

AUTEUR : Nom : DEMETS

Prénom : Marianne

Date de Soutenance : 01/10/2024

Titre de la Thèse : Vécu de la relation médecin-patient par des médecins généralistes traitants porteurs de modifications corporelles apparentes : étude qualitative par analyse interprétative phénoménologique

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : tattoo, piercing, haircut, body modification, GP, physician

Résumé :

Contexte : En France, la prévalence des modifications corporelles apparentes augmente, y compris chez les médecins généralistes. Il n'existe actuellement pas d'étude sur le vécu des médecins porteurs de modifications corporelles apparentes dans leur relation avec le patient.

Méthode : Etude qualitative par IPA par entretiens semi-directifs entre janvier et juin 2024. Le recrutement a eu lieu au cours du CNGE de 2022, par « effet boule de neige » et via la diffusion d'annonces sur les réseaux sociaux. 6 médecins ont été interrogés sur la base d'un guide d'entretien révisé après chaque entretien.

Résultats : Dans l'imaginaire collectif le look du médecin généraliste reste stéréotypé et est un moyen de se présenter à l'autre. Le médecin a tendance à s'auto-censurer dans son look pour se conformer à la norme sociale tout en ayant le désir d'être authentique. Les patients accueillent de façon bienveillante le plus souvent les modifications corporelles apparentes. Certains sont plus réticents mais les compétences professionnelles semblent primer sur la première impression. Les médecins s'amuse parfois des réactions des patients, d'autant plus s'ils assument pleinement leurs modifications corporelles. Pour d'autres, le bilan est plus mitigé, notamment lorsqu'un manque de légitimité se fait ressentir.

Conclusion : En l'absence d'autre facteur de discrimination, les modifications corporelles apparentes du médecin généraliste sont plus ou moins acceptables selon leur visibilité et la sensibilité, la « norme » du patient. Il serait d'intérêt de réaliser d'autres études quant à l'impact des différents facteurs de discrimination du médecin sur la relation médecin-patient.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Assesneur : Monsieur le Docteur Jan BARAN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Axel DESCAMPS