

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE MEDECINE

ANNÉE 2015

THÈSE N°

Influences de la représentation cinématographique et télévisuelle du médecin à l'écran sur la relation médecin-malade

Étude qualitative réalisée auprès de patients de la Haute-Vienne

THESE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 27 Octobre 2015 à 18H30

par

BUREAU-YNIESTA Coralie

née le 25 Février 1987, à Limoges

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Jean-Pierre CLEMENT.....Président
Mme le Professeur Nathalie DUMOITIERJuge
M. le Pr Philippe NUBUKPO.....Juge
M. le Docteur Dominique MENARD.....Juge
Mme le Dr Véronique ROUYERMembre invité
Mme le Dr Nadège LAUCHETDirectrice de thèse

DOYEN DE LA FACULTE :

Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASSESEURS :Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU
Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :**

ABOYANS Victor (CS)	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude (SUR. 31.08.2016)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise (CS)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (SUR. 31.08.2016) TRAUMATOLOGIQUE	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
AUBARD Yves (CS)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe (CS)	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe (CS)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (CS)	O.R.L.
BORDESSOULE Dominique (CS)	HEMATOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis TRAUMATOLOGIQUE	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
CLAVERE Pierre (CS)	RADIOTHERAPIE

CLEMENT Jean-Pierre (CS)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COGNE Michel (CS)	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO- VASCULAIRE
COURATIER Philippe (CS)	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry VIEILLISSEMENT (CS)	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
DARDE Marie-Laure (CS)	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (CS)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe (SUR. 31.08.2018) (CS)	UROLOGIE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie (CS)	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure (CS)	MEDECINE INTERNE
FEUILLARD Jean (CS)	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent (CS)	CHIRURGIE INFANTILE
GAINANT Alain (SUR. 31.08.2017)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE

LABROUSSE François (CS)	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (CS)	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre (CS)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris (CS)	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques (CS)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques (CS)	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie (CS)	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François (CS)	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile (CS)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves (CS)	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves (CS)	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
SAUTEREAU Denis (CS)	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

STURTZ Franck (CS)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE , DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard (SUR. 31.08.2018)	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (SUR. 31.08.2018) (CS)	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis (CS)	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
VERGNENEGRE Alain (CS)	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François (CS)	PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice (SUR. 31.08.2016)	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine (C.S)	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et STOMATOLGIE
------------------	--

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
CHABLE Hélène DURAND Karine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MURAT Jean-Benjamin	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DES MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie	MEDECINE GENERALE
PREVOST Martine	MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

MENARD Dominique	MEDECINE GENERALE
PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule	MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul

du 01.09.2015 au 31.08.2017

MERLE Louis

du 01.09.2015 au 31.08.2017

MOULIES Dominique

du 01.09.2015 au 31.08.2017

VALLAT Jean-Michel

du 01.09.2014 au 31.08.2017

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BLANC Philippe	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
CHAUZEIX Jasmine	HEMATOLOGIE
COUVÉ-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE (Centre d'Investigation Clinique)
DONISANU Adriana	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
FILLOUX Matthieu	IMMUNOLOGIE
FRUIT Dorothée	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE (Centre d'Investigation Clinique)
FREDON Fabien	ANATOMIE (assistant associé du 01-11-2014 au 31-10-2015)
GAGNOUD Rémi	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
GALY Antoine	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
GENIAUX Hélène	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE
MANCIA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MATHIEU Pierre-Alain	ANATOMIE (Service d'Orthopédie-Traumatologie)
MESTUROUX Laura	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
OLOMBEL Guillaume	IMMUNOLOGIE
ROGER Lucie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION (Surnombre du 1 ^{er} novembre 2014 au 06 mars 2015 inclus)
ROULET-COUDRIER Fanny	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
SERENA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
THOLANCE Yannick	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ABDEH Ali	CHIRURGIE DIGESTIVE (Chef de clinique associé du 01-11-2014 au 30-04-2015)
ARDOUIN Elodie	RHUMATOLOGIE
ASLOUM Youcef	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
AUBOUR Marine	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
BORDAS Mathieu	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BORDES Jérémie	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
BOULOGNE Cyrille	CARDIOLOGIE
BOURMAULT Loïc	OPHTALMOLOGIE
BUISSON Géraldine	PEDOPSYCHIATRIE
CAZAVET Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
CENTI Joachim	UROLOGIE
CHAPELLAS Catherine	REANIMATION
COSTE-MAZEAU Perrine	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
CYPIERRE Anne	MEDECINE INTERNE A
DAIX Thomas	REANIMATION
DIJOUX Pierrick	CHIRURGIE INFANTILE
DONADEL Lorène	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (Surnombre du 1 ^{er} novembre 2014 au 20 février 2015 inclus)
DOST Laura	OPHTALMOLOGIE
DURAND Lise-Marie	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (Surnombre du 1 ^{er} novembre 2014 au 06 mars 2015 inclus)
EGENOD Thomas	PNEUMOLOGIE
ENESCU-FLORICA Eléna-Cécilia	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
ENSERGUEIX Gaël	NEPHROLOGIE
ESPAGNE-DUBREUILH Gaelle	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
EVENO Claire GANTOIS Clément	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE NEUROCHIRURGIE

GIMENEZ Laetitia	NEUROLOGIE
GSCHWIND Marion	MEDECINE INTERNE B
HUMMEL Vincent	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
IOSIF Christina	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (Chef de clinique associée du 14-11-2013 au 13-05-2014 et du 14-05-2014 au 13-11-2014)
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE
KENNEL Céline	HEMATOLOGIE
LACORRE Aymeline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LAPÉBIE François-Xavier	MEDECINE INTERNE A
LE COUSTUMIER Eve	MALADIES INFECTIEUSES
LEGROS Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LERAT Justine	O.R.L.
MAILLOCHON Edouard	CHIRURGIE DIGESTIVE
MARTIN Sylvain	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
MASSON Alexandra	PEDIATRIE
MESNARD Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MONTCUQUET Alexis	NEUROLOGIE
PETITALOT Vincent	CARDIOLOGIE
PONTHIER Laure	PEDIATRIE
ROGER Thomas	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
SALERNO Baptiste	CARDIOLOGIE
SCOMPARIN Aurélie	O.R.L.
TABOURET Tessa	GASTRO-ENTEROLOGIE
TALLON Elizabeth	PSYCHIATRIE d'ADULTES
TRIGOLET Marine	PEDIATRIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

(du 1^{er} novembre 2014 au 31 octobre 2015)

LAUCHET Nadège

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CROS Jérôme

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
(du 1^{er} mai 2014 au 31 octobre 2018)

Dédicace

A la mémoire de ma grand-mère adorée qui a, telle une délicieuse fée, insufflé dans mon berceau ce goût prononcé pour le cinéma. De cette passion commune est née l'idée de ce travail de recherche. Je regrette profondément qu'elle ne puisse être l'invitée d'honneur de cette soutenance.

Remerciements

A **Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLEMENT** (*Professeur de Psychiatrie au Centre Hospitalier Esquirol*) vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie sincèrement. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A **Mme le Pr Nathalie DUMOITIER**, merci d'avoir co-dirigé ce travail et de votre disponibilité sans faille tout au long du DES de médecine générale.

A **Mr le Dr Dominique MENARD**, merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury.

A **Mr le Pr Philippe NUBUKPO**, vous avez accepté avec enthousiasme de siéger dans ce jury, soyez certain de ma sincère gratitude.

A **Mme le Dr Véronique ROUYER**, merci de me faire le plaisir et l'honneur d'être jury et surtout pour tous ces merveilleux moments passés au SSR.

A **Mme le Dr Nadège LAUCHET**, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Ce fut un plaisir de travailler ensemble sur ce sujet.

A **Mr le Pr Jean-Yves SALLE**, merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury. Votre absence m'attriste mais je reste profondément reconnaissante de tout ce que vous avez pu m'apporter durant toutes ces années d'externat et d'internat.

Merci à tous les patients qui ont accepté de participer à ce travail et qui m'ont accordé un peu de leur temps pour assister aux *focus group*.

Merci à tous ceux qui ont croisé mon chemin à la faculté ou en stage. Chaque stage a été un enrichissement tant sur le plan professionnel que personnel. Merci aux équipes soignantes pour leur accueil et leur aide dans les moments difficiles. Merci à tous les médecins, chefs de services, responsables d'unités, chefs de clinique pour tout ce que vous m'avez appris pendant toutes ces années de stage. Une pensée toute particulière à mes maîtres de stage, Stephan Meyer, Stéphanie Millan, Patrice Migliorini, Bertrand Grébaud, Laure Zirhnelt, Martine Pellaudeix pour tous ces moments d'échanges en stage libéral. Vous m'avez fait découvrir toute la richesse et la diversité de la médecine générale.

Aux silhouettes anonymes en blouse blanche qui, au détour d'un couloir ou au cœur d'une nuit de garde, m'ont transmis un geste, un mot, un regard, un peu de leur expérience et de leur sensibilité. A celles et ceux qui m'ont montré ce que je ne voulais pas devenir.

A mes amis d'enfance, à Damien, le petit frère que je n'ai jamais eu, à Pierre-Nicolas, la sagesse incarnée, à Marie qui était là quand le moral n'était plus au rendez-vous, à Fred qui a supporté mes sautes d'humeur, à Anne qui, malgré la distance a toujours été là pour moi. A vous tous, ma famille de cœur, un grand merci !

A mes copines de fac qui sont devenues bien plus que ça, à Nadège, à Julie. Merci pour tous ces moments de partage, de débats médicaux mais aussi de rigolade et de détente.

A mes collègues de Profilsup, à Maxime et à Mathieu pour m'avoir changé les idées durant ces années d'internat, d'avoir su m'écouter et me rassurer.

Un immense merci pour votre compréhension devant les *“je peux pas, il faut que je travaille”*, *“je suis en retard, j'ai pas le temps”*, *“je peux pas je suis de garde”*... et la confiance que vous m'apportez.

Aux relecteurs sans qui les mots qui suivent ne seraient pas justes et n'auraient aucun sens. Merci pour le temps que vous m'avez accordé.

A ma marraine Laurence et à mon parrain Jean-Luc, qu'on se voit ou non, je sais que nos liens sont indestructibles.

A toute ma famille, je vous remercie de votre soutien depuis toutes ces années. Merci d'avoir compris mes absences pour cause de révision... Une pensée pour mes ta,tes et oncles qui nous ont quittés trop tôt.

A mes cousins de Tours, Eric, Julie, Cédric pour avoir partagé mes doutes. A Marius et Garance, mes deux trésors adorés pour vos sourires, vos calins et vos bisous qui m'apportent tant de joie et qui m'ont permis d'aller au bout de ces années.

A Florian, ma moitié qui me pousse vers un bel avenir, merci pour tes conseils et ta patience. Ta présence à mes côtés me donne des ailes. Merci d'être là. Je t'aime.

A mes parents sans qui je n'en serais pas là. Ce travail incarne l'aboutissement de mes années d'études mais je n'y serais pas arrivée sans vous. Votre contribution tout au long de ces années a été immense et je ne trouverais jamais assez de mots pour vous remercier. **Papa**, notre goût commun pour le cinéma a affuté mon sens critique, merci pour toutes les aides techniques pour la thèse. Sans toi, il n'y aurait pas eu de thèse ! **Maman**, sans ta confiance et tes démonstrations d'amour je n'aurais pas pu tenir la distance. Ta première réaction à l'annonce de mon sujet de thèse restera gravée à jamais dans mon esprit. Merci à vous deux pour tout le temps de relecture, pour vos précieux conseils. Merci de me supporter avec mon caractère bien trempé. Merci d'avoir fait de moi ce que je suis. Merci d'être là et merci d'être comme vous êtes. Mille fois merci pour tout. Je vous aime.

A ma mamie adorée, j'aurais tellement aimé que tu sois parmi nous pour pouvoir te serrer dans mes bras. Je suis persuadée que tu es avec nous quoiqu'on fasse et que tu m'a donné la force de me battre durant toutes ces années.

Enfin à celles et ceux que j'oublie... merci du fond du cœur !

Droits d'auteurs



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** » disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

Table des matières

Remerciements.....	13
Introduction.....	24
1. Le médecin dans tous ses états : Anatomie d'une profession	26
1.1. Le médecin : icône héroïque.....	26
1.1.1. Les médecins célèbres.....	26
1.1.2. Le héros du quotidien : le médecin dans la cité.....	28
1.1.2.1. Le médecin de campagne.....	28
1.1.2.2. Le médecin de ville.....	31
1.1.2.3. L'opposition médecin rural et médecin urbain.....	33
1.1.2.4. Le médecin contre le guérisseur.....	34
1.2. Focus de spécialités.....	35
1.2.1. Le médecin en formation	35
1.2.2. Le praticien hospitalier.....	38
1.2.3. Le chirurgien	39
1.2.4. Le psychiatre.....	41
1.2.4.1. Le psychiatre de tous les jours.....	42
1.2.4.2. Le psychiatre expert.....	44
1.2.4.3. Le psychiatre humain.....	44
1.2.4.4. Le psychiatre et l'enfant.....	46
1.2.4.5. Le psychiatre autoritaire et institutionnel.....	47
1.2.4.6. Le psychiatre allié du pouvoir.....	48
1.2.4.7. Le psychiatre fou.....	48
1.2.4.8. La caricature du psychiatre.....	49
1.2.5. Le médecin urgentiste.....	50
1.3. La femme médecin	51
1.3.1. Femme-médecin mais avant tout femme-objet !.....	51
1.3.2. La femme-médecin combative	52
1.3.3. La femme-médecin sur tous les fronts.....	55
1.3.4. La femme-médecin à la télévision	56
1.4. Le médecin engagé, éthique et déontologique.....	57
1.4.1. Le médecin éthique.....	57

1.4.1.1.Le défenseur des idées éthiques.....	57
1.4.1.1.1.Le médecin accoucheur.....	57
1.4.1.1.2.Le médecin-avorteur.....	58
1.4.1.1.3.Le médecin et l'euthanasie.....	59
1.4.1.1.4.Le médecin et le débat opposant acharnement thérapeutique et abstention thérapeutique.....	61
1.4.1.1.5.Le médecin et les soins palliatifs.....	62
1.4.1.2.Le médecin et la transgression déontologique.....	62
1.4.2.Une autre façon de s'engager : le médecin homme politique	63
1.5.Le médecin de guerre.....	65
1.6.Le médecin de polar.....	69
1.6.1.L'enquêteur professionnel.....	69
1.6.2.Le médecin impliqué dans l'intrigue malgré lui.....	72
1.6.3.Le médecin criminel.....	74
1.7.Le médecin du Far West.....	77
1.8.Le médecin aventurier.....	79
1.8.1.Le médecin-baroudeur.....	80
1.8.2.Le médecin chercheur.....	81
1.8.3.Le médecin humanitaire.....	82
1.9.Le médecin comique.....	84
1.9.1.Le médecin burlesque.....	84
1.9.2.Le médecin satirique.....	85
1.9.3.Le médecin-médicament.....	88
1.9.4.Le médecin parodique.....	89
1.9.5.Le médecin « malgré lui ».....	90
1.10.Le médecin fantastique.....	91
1.10.1.L'incarnation du Mal.....	91
1.10.2.Les savants fous.....	92
1.10.3.Les disciples de Satan.....	96
1.10.4.Les créatures surnaturelles.....	97
1.10.5.Les vengeurs du Surnaturel.....	98
1.11.Le médecin de science-fiction	99
1.11.1.Les expérimentateurs acharnés.....	99
1.11.2.Les créateurs d'êtres artificiels.....	102

3.3.1.2.3.Le super-médecin.....	128
3.3.1.2.4.Le médecin Dieu.....	128
3.3.1.3.La désacralisation du médecin	129
3.3.1.3.1.Évolution de l'image du médecin à travers les époques.....	129
3.3.1.3.2.La démystification médicale.....	129
3.3.1.4.La dérive du médecin.....	130
3.3.2.Le médecin: une Belle Personne.....	131
3.3.2.1.Un médecin humain	131
3.3.2.2.Un médecin au charme irrésistible !.....	132
3.3.2.3.Un médecin dévoué aux autres.....	133
3.3.2.3.1.Médecin par vocation.....	133
3.3.2.3.2.Un médecin passionné.....	133
3.3.2.3.3.Plus qu'un médecin, un ami	134
3.3.2.3.4.... au détriment de sa vie privée	134
3.3.3.Le médecin: une Vilaine Personne.....	135
3.3.3.1.Un médecin caractériel.....	135
3.3.3.2.Un médecin « imbu de sa personne ».....	136
3.3.3.3.Un médecin aux multiples défauts.....	137
3.3.3.4.Un médecin intéressé.....	138
3.3.3.5.Un médecin inhumain.....	139
3.3.4.La maladie à l'écran.....	139
3.3.4.1.La maladie : « le quotidien du médecin ».....	139
3.3.4.2.Connaissances médicales du spectateur.....	141
3.3.4.3.Éducation du spectateur	142
3.3.4.3.1.L'acceptation de la maladie.....	142
3.3.4.3.2.L'acceptation des traitements médicaux.....	143
3.3.4.3.3.L'acceptation de l'erreur médicale.....	143
3.3.4.3.3.1.Influence négative sur l'acceptation.....	144
3.3.4.3.3.2.Influence positive sur l'acceptation.....	144
3.3.5.Le médecin malade.....	145
3.3.5.1.Le malade psychiatrique.....	145
3.3.5.2.Le malade « addict ».....	146
3.3.5.3.Le malade somatique.....	147
3.3.5.4.Le médecin malade : « un patient difficile à soigner ».....	147

3.3.6.La consultation : « un moment fort» !.....	148
3.3.6.1.Une « vraie enquête policière ».....	148
3.3.6.2.La consultation à l'écran vs la consultation réelle.....	149
3.3.6.3.La distance sociale	151
3.3.6.4.Le médecin en représentation.....	152
3.3.7.Zoom sur la profession.....	152
3.3.7.1.Un métier à part	152
3.3.7.1.1.Un métier sous haute pression	152
3.3.7.1.2.Un métier spécifique.....	153
3.3.7.1.3.Un métier de relations.....	155
3.3.7.2.Un métier aux multiples facettes.....	156
3.3.7.2.1.Un panel de spécialités.....	156
3.3.7.2.2.Un métier d'homme ... et de femme	158
3.3.7.3.Le médecin généraliste.....	159
3.3.7.3.1.Une spécialité agréable.....	159
3.3.7.3.2.Une spécialité à part.....	159
3.3.7.3.3.« Une spécialité sous-représentée à l'écran ».....	161
3.3.7.3.4.Une image précise du médecin généraliste	161
3.3.8.Le médecin compétent.....	162
3.3.8.1.Les multiples facettes de la compétence.....	163
3.3.9.Les fictions médicales et la relation médecin-malade.....	168
3.3.9.1.La part de réalité dans la fiction.....	168
3.3.9.1.1.Une ressemblance « plus ou moins flagrante entre réalité et fiction »	168
3.3.9.1.2.Une « nette différence » entre réalité et fiction.....	170
3.3.9.2.L'image cinématographique et télévisuelle du médecin.....	171
3.3.9.3.Influence sur la relation médecin-malade.....	173
3.3.9.3.1.Une influence positive sur la relation médecin-malade ?.....	173
3.3.9.3.2.Une influence négative sur la relation médecin-malade ?	176
3.3.9.3.3.Pas d'influence consciente sur la relation médecin-malade ?.....	177
3.4.Analyse matricielle.....	179
3.4.1.Analyse matricielle des nœuds	179
3.4.2.Analyse matricielle des ensembles.....	195
4.Discussion.....	205
4.1.Validité interne.....	205
4.2.Principaux résultats de l'étude.....	207

4.3. Validité externe	208
4.3.1. Le médecin : un prophète, un sorcier, un Dieu ou un super-héros?	208
4.3.1.1. Un prophète ?	209
4.3.1.2. Un sorcier ?	210
4.3.1.3. Un Dieu ?	211
4.3.1.4. Un super-héros ?	211
4.3.2. Le médecin est-il un homme comme les autres ?	213
4.3.2.1. La dualité entre le bien et le mal	213
4.3.2.2. La dualité entre le bon et le mauvais.....	217
4.3.2.3. Le médecin : un homme respecté et respectable	220
4.3.2.4. La femme-médecin, une exception ou une évolution ?	226
4.3.3. La relation médecin-malade.....	228
4.3.3.1. La rencontre: le temps de la consultation	228
4.3.3.2. La distance médecin-malade	232
4.3.3.3. Les fictions médicales à but « thérapeutique ».....	233
4.3.4. Peut-on parler d'influence des représentations du médecin à l'écran sur la relation médecin-malade?	235
4.3.4.1. Les mécanismes d'influence de l'art cinématographique et télévisuel	235
4.3.4.2. Les influences des fictions médicales sur le patient-spectateur.....	237
4.3.4.2.1. Influence sur les connaissances médicales du patient-spectateur....	237
4.3.4.2.2. Influence sur la représentation de la profession médicale par le patient	239
4.3.5. Le médecin généraliste, un médecin pas comme les autres !.....	245
Conclusion	252
Bibliographie	255
Filmographie	260
Sériethèque	277
Table des annexes	280
Table des figures	292
Table des tableaux	293
Résumé	295

Introduction

Dès ses débuts, le cinéma s'est intéressé à la médecine et, en particulier à la figure du médecin. Les liens avec le septième art sont anciens et étroits et les films dans lesquels les médecins occupent une place centrale sont très nombreux. Des courts métrages burlesques du début du XX^{ème} siècle aux films intimistes du XXI^{ème}, en passant par les drames psychologiques des années 50 et les comédies caustiques des années 70, tous les genres du cinéma se sont emparés avec avidité de la médecine. Et tous les formats, courts ou longs métrages, films en 35 mm bien sûr mais aussi la télévision et la vidéo, pour décliner des séries ou téléfilms dont certains sont devenus cultes; et ce, sur tous les continents.

La figure du médecin sert de fil conducteur. Les portraits tirés des successeurs d'Hippocrate reflètent autant la perception de leur profession dans la société, que la société elle-même, dont ils sont un des représentants les plus emblématiques. Médecin des villes ou des campagnes, voire de la brousse ou des toundras, bon ou méchant, notable ou marginal, aventurier ou héros des temps modernes, le médecin, par son implication de tous les instants dans le champ social est un personnage de premier plan pour un art qui, dès ses débuts, a cherché à poser un diagnostic sur son temps.

L'engouement des cinéastes pour le monde de la médecine se comprend aisément si l'on veut bien admettre qu'il recèle en lui toutes les problématiques essentielles de l'être humain : la naissance, la souffrance, l'espérance, la mort. Les œuvres cinématographiques ou télévisuelles qui mettent en scène un médecin dans l'exercice de son art, surprennent par la grande diversité des situations proposées et surtout par l'incroyable variété des personnages censés représenter le praticien à l'écran. Aussi n'est-ce pas l'image du médecin que l'on découvre mais l'image des médecins. Des médecins dans tous leurs états ! Des médecins humains, parfois même trop humains au dévouement sans limite jusqu'aux médecins aux comportements les plus abjects, toutes les facettes de la profession se retrouvent à l'écran.

Les « *arts de l'image en mouvement* » sont les plus influents de notre société; ainsi il nous a paru intéressant de déterminer à quel point ces mille et une représentations du médecin sur grand ou petit écran influencent le patient-spectateur. De par ces influences, la relation médecin-malade s'en trouve-elle modifiée?

Parmi les icônes médicales, le médecin généraliste occupe une place de choix en tant qu'interlocuteur privilégié et se distingue des autres spécialistes par la proximité qu'il semble entretenir avec ses patients. Véritable porte flambeau de la relation médecin-malade, il nous a paru cohérent d'étudier de façon privilégiée l'influence des représentations cinématographiques et télévisuelles du médecin à l'écran et préférentiellement du médecin généraliste à l'écran sur cette relation médecin-malade, concept fondamental en médecine générale.

Pour ce faire, nous tenterons dans une première partie d'établir une description précise des différents visages des médecins à l'écran. Par souci de clarté, nous avons décidé d'étudier simultanément les archétypes médicaux cinématographiques et télévisuels. Puis nous nous appliquerons à étudier les impacts et influences de ces représentations sur le patient-spectateur et sur la relation médecin-malade qui en découle. Pouvons-nous considérer que l'icône médicale véhiculée par l'image cinématographique et télévisuelle du médecin influence la société actuelle sur la relation réelle qu'il existe entre le patient et son médecin? Ces fictions médicales représentent-elles des freins ou des moteurs à cette relation médecin-malade?

Il ne nous reste plus qu'à éteindre les lumières, nous installer confortablement dans la salle de projection et assister sur grand écran à une véritable dissection de ces représentations médicales.

1. Le médecin dans tous ses états : Anatomie d'une profession

Au cours des décennies d'images et de rêves que nous a offerts le cinéma et plus récemment la télévision, le médecin fut bien entendu présent dans de nombreux films et sous une infinité d'aspects. Ancrés à jamais dans notre imaginaire, toutes ces représentations de médecins plus ou moins atypiques font partie de notre culture tels des portraits de famille accrochés au mur.

Ouvrez les portes de votre imaginaire pour découvrir ou redécouvrir tous ces médecins de fiction, icônes vivantes d'une profession.

1.1. Le médecin : icône héroïque

1.1.1. Les médecins célèbres

Depuis la nuit des temps, l'Histoire a su conserver le nom d'illustres médecins et le cinéma leur a rendu hommage en contant l'histoire de leur vie. Cependant, ces "*biopics*" ne sont pas des documentaires mais de véritables fictions librement inspirées de la vie de ces confrères célèbres. Ces grands hommes restent, malheureusement, peu nombreux sur grand écran et les films concernés n'ont pas toujours rencontré le succès populaire attendu.

La première icône médicale n'est autre que l'imminent Louis Pasteur. Bien que non médecin, ses recherches ont révolutionné considérablement la médecine, Pasteur détient alors une place d'honneur dans les grands noms de la profession médicale. Comme le disait Henri Mondor : « *Louis Pasteur n'a été ni médecin, ni chirurgien, mais nul n'a fait pour la médecine et la chirurgie autant que lui.* » [1] Il est donc logique que le cinéma se soit emparé de cet emblème médical en lui redonnant vie à travers de nombreux films tels le film muet « *Pasteur* » (Jean Epstein, 1922), mais aussi « *Pasteur* » (Sacha Guitry, 1935), « *La vie de Louis Pasteur* » (William Dieterle, 1936) et le récent « *Pasteur* » (Alain Brunard, 2011). Dans toutes les adaptations, l'illustre savant y est décrit comme un chercheur sérieux, véritable bienfaiteur de l'humanité, préférant le combat contre les microbes à la guerre des hommes. Un autre chercheur historique, le Dr Robert Koch est célèbre au cinéma dans « *La lutte héroïque* » (Hans Steinhoff, 1937). Ce film de propagande nazie illustre la découverte du bacille de la tuberculose ainsi que l'opposition du chercheur à Virchow dont il invalidera les

théories. Un autre film de propagande, « *Paracelse* » (Georg Wilhem Pabst, 1943) prend pour prétexte la biographie de Philippus Theophrastus Aureolus Bombastus von Hohenheim, plus connu sous le nom de Paracelse, philosophe, alchimiste et médecin suisse exerçant en Allemagne. Le film retrace les travaux basés sur l'expérimentation de ce grand médecin à l'origine d'avancées considérables telles que l'asepsie, l'homéopathie ou encore les maladies psychosomatiques. Ce personnage a pour vocation de sublimer la grandeur du médecin allemand et ainsi devenir un outil de propagande à part entière. La première grande dame de l'Histoire de la Médecine apparaît à l'écran sous les traits de Marie Curie dans « *Madame Curie* » (Mervyn LeRoy, 1943). Bien que non médecin, elle représente une des figures majeures de la science contemporaine et demeure à jamais associée à la profession par ses travaux sur le radium. La télévision s'est aussi intéressée à la vie de Marie Curie et lui a consacré un téléfilm en trois parties « *Marie Curie, une femme honorable* » (Michel Boisrond, 1990) qui fait sortir cette légendaire chercheuse de l'ombre de son illustre mari. « *L'odyssée du Dr Wassell* » (Cecil B. DeMille, 1944) relate l'histoire d'un généraliste, originaire de l'Arkansas, mobilisé dans la Navy en pleine guerre Indonésienne; ce film élève alors le médecin au rang de soldat dévoué et ayant comme seul objectif le service rendu à sa patrie. La vie de René Laennec, inventeur du stéthoscope et père de la médecine moderne, nous est contée dans « *Dr Laennec* » (Maurice Cloche, 1948). Véritable héros positif, il offre à l'homme, grâce à sa découverte, une belle victoire dans le combat l'opposant à sa grande ennemie : la tuberculose. Hélas, celle-ci eut le dernier mot et l'emporta à son tour. « *Le médecin de Stalingrad* » (Geza von Radvanyi, 1958) vante la neutralité et le professionnalisme du Dr Böhler, chirurgien allemand, prisonnier dans les geôles soviétiques. Véritable légende vivante, il n'hésita pas à pratiquer des opérations salvatrices pour plusieurs de ses compagnons de cellules dans des conditions plus que précaires. La médecine humanitaire a aussi connu des grands Hommes, prix Nobel de la Paix comme Henry Dunant, père fondateur de la Croix Rouge illustré dans « *D'homme à hommes* » (Christian-Jaque, 1948) et récemment à la télévision « *Henry Dunant : du sang sur la croix* » (Dominique Othenin-Girard, 2006) ou le Dr Albert Schweitzer, précurseur de l'aide humanitaire au Gabon dans « *Il est minuit Dr Schweitzer* » (André Haguët, 1952). « *Docteur Norman Béthune* » (Philip Borsos, 1991) évoque la vie du Dr Béthune, forte personnalité ayant entrepris dans les années vingt, à Montréal, la démocratisation de la médecine. Après avoir adhéré au parti communiste, on le retrouve en Espagne lors de la guerre civile puis aux côtés de Mao en Chine où il est encore considéré comme un héros national.

Le père de la psychanalyse n'échappe pas au phénomène dans « *Freud, passions secrètes* » (John Huston, 1962). De retour à Vienne, après son séjour parisien et son apprentissage auprès du Pr Charcot, les recherches de Freud aboutiront à des découvertes

capitales pour le fondement de la psychanalyse. Le célèbre médecin n'est pas présenté comme un génie à qui tout réussit mais comme un homme en proie au doute, persévérant, motivé mais isolé face à la société médicale. Le Pr Charcot quand à lui devient une icône cinématographique dans « *Augustine* » (Alice Winocour, 2012). En 1885, à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, le Pr Charcot étudie la maladie hystérique, au cours de ses fameuses "*leçons du mardi*", il expose les cas cliniques de ses patientes et notamment Augustine, réelle égérie de Charcot, les examine en direct, les met en scène... Néanmoins, la réalisatrice nous montre un Charcot saisi par le doute, ce qui s'inscrit à contre-courant de la représentation, habituellement héroïque des hommes de sciences à l'écran. Le film propose un portrait nuancé de l'illustre praticien qui échappe à la fois à l'hagiographie du « père de la neurologie moderne » et à la légende noire de « l'inventeur de l'hystérie » : il est décrit comme un grand scientifique qui à un moment s'est fourvoyé dans sa pratique et qui a pavé de bonnes intentions l'enfer de la Salpêtrière. Ainsi, voit-on apparaître à l'écran des nuances concernant ces grands Hommes de l'Histoire.

Tous ces médecins célèbres ont su se faire une place dans l'Histoire et dans la mémoire populaire. Ils apparaissent comme des héros positifs et leur célébrité permet d'appuyer le statut du médecin dans la société.

1.1.2. Le héros du quotidien : le médecin dans la cité

Ces grands Hommes, bien qu'incitant le respect et la fascination, sont bien éloignés du médecin que le public va consulter. L'image du médecin généraliste est bien différente de ces médecins héroïques. Néanmoins, le médecin de tous les jours occupe une place importante dans le septième art. Le médecin au cinéma a toujours été un reflet du pouls de la société.

1.1.2.1. Le médecin de campagne

Le médecin de campagne a longtemps servi de modèle à ce type de héros, allant « *par monts et par vaux, de jour comme de nuit, sans souci des aléas climatiques, au secours de la détresse humaine, seul pour combattre les infections, accoucher ou réduire une fracture à la lueur de la chandelle, mais aussi porter la bonne parole de l'éducateur sanitaire et du conseiller conjugal et familial et apporter le réconfort quand la dernière heure est proche* » [2]. La médecine de campagne semble alors relever plus du sacerdoce en raison des nombreuses contraintes liées aux conditions d'exercice en milieu rural. Le cinéma s'est emparé de la particularité de cette profession et en a loué les mérites, notamment à travers le dévouement extrême de ces médecins exerçant une médecine confrontée au quotidien

des populations. Le dévouement du médecin est maximal dans « *The country doctor* » (DW Griffith, 1909). Le médecin, appelé en urgence par une voisine, délaisse sa propre fille mourante pour le bien-être de sa patiente et au nom de son devoir de médecin. Sa fille décédera dans ses bras alors que sa patiente, elle, sera sauvée. L'image du bon docteur dépensant son temps sans compter, négligeant sa vie de famille et prenant ses patients très à cœur s'affiche comme un thème récurrent au cinéma. Ainsi « *Doctor Bull* » (John Ford, 1932) relate la vie d'un médecin de campagne, sollicité jour et nuit par ses patients, dans les années trente dans le Connecticut.

Dans « *Le Journal d'un curé de campagne* » (Robert Bresson, 1951), le médecin y est présenté comme un homme rude, grand et fort, quelque peu bourru mais sur qui l'on peut compter. Délaissé en partie par sa clientèle, notamment celle qui paye, le médecin poursuit sa vocation en continuant à soigner les autres patients démunis. Ainsi, le médecin de campagne, pour affronter toutes ces difficultés, doit faire preuve d'un dévouement sans pareil. « *Et si les populations, qui, à son arrivée, l'observent avec défiance, se laissent finalement conquérir, ce n'est pas seulement du fait de son savoir et de son savoir-faire, c'est aussi grâce à son savoir être, son empathie et sa capacité à rendre service et à se dévouer aux autres au point de leur faire perdre de vue que la médecine est un métier dont ceux qui l'exercent tirent leur savoir.* » [2]

Dans « *l'Odyssée du Dr Wassell* » (Cecil B. DeMille, 1944), la voix off résume cette idée en considérant le médecin de campagne comme « *le symbole du courage, du dévouement et de l'abnégation* » et le comparant à un cheval de trait dont la mission est de sauver des vies. Le médecin généraliste exerçant en milieu rural, doit, encore plus que son confrère urbain, être compétent dans tous les domaines, médical bien évidemment mais aussi social et psychologique. Dans « *Lamiel* » (Jean Aurel, 1967), le Dr Sansfin, homme laid, cynique, bossu et ambitieux devient le seul confident d'une jeune paysanne souhaitant quitter la dure réalité du monde rural. De la même manière, le médecin, figure de sagesse, se verra consulter suite à la mort et à la « résurrection » d'un de ses patients dans « *L'amour à mort* » (Alain Resnais, 1984).

Dès lors que l'exercice médical rural est abordé, la notion de désertification médicale surgit inévitablement. Le cinéma a bien évidemment utilisé ce ressort d'actualité. Le film québécois « *La grande séduction* » (Jean-François Pouliot, 2004) sur un ton comique, aborde ce sujet brûlant et a remporté un succès mondial. Il retrace les efforts d'un petit village de pêcheurs pour « appâter » un médecin afin de pouvoir installer une usine sur le territoire, seul élément de survie et de revenus pour toute la population. Puisqu'il s'agit d'un

joli conte universel, le médecin tombe amoureux des habitants, l'usine ouvre et le village est sauvé. Le médecin se positionne alors en héros et en sauveur. Il en est de même dans « *Un village presque parfait* » (Stéphane Meunier, 2015) où toute la population d'un petit village frappé de plein fouet par la crise et la désertification, tente de convaincre le très parisien Dr Meyer que le bonheur est à Saint-Loin-la-Mauderne !

Le porte drapeau de la médecine générale rurale est incarné avec authenticité et réalisme par le Dr Sachs, véritable anti-héros médical dans « *La maladie de Sachs* » (Michel Deville, 1999). Le film retrace la vie d'un médecin généraliste contemporain, installé depuis six ans dans un petit village de province et met en relief l'importance de la relation médecin/malade. A travers le regard et les pensées de ses patients, de sa secrétaire, de ses confrères, des gens du village, on le voit pratiquer la médecine et essayer de faire face aux problèmes de ses malades. Tous les champs de la médecine générale sont abordés et toutes les compétences de ce praticien particulier sont mises en valeur. Cependant, le Dr Sachs n'a rien d'un saint ni d'un sauveur, il lui arrive d'être irritable, bougon mais reste néanmoins professionnel et disponible pour ses patients. Dans un monologue intérieur, il répond aux malades, exprime ses doutes, ses interrogations, ses hésitations et éprouve la nécessité de coucher sur papier tous ses sentiments dans un journal intime pour exorciser le mal qui le ronge la fameuse « Maladie de Sachs ». Le Dr Sachs semble alors « *malade de ses malades par ses malades* » [3]. Il n'est pas le seul médecin du village. Le Dr Boule, confrère plus âgé, a perdu la vocation du métier, refuse d'écouter ses patients et de tenter de les comprendre. Devant la solitude de son exercice rural et sa vie de sacrifice, il décide de mettre fin à ses jours. Ainsi, le film expose la dureté de la pratique médicale en milieu rural et l'épuisement de ces médecins. « *La maladie de Sachs* » nous donne l'image réaliste d'un héros à visage humain avec ses qualités mais aussi ses défauts, médecin que l'on serait amené à consulter dans la vie quotidienne. Le cinéma à travers cette œuvre réalise une authentique apologie du médecin de famille, confident, fin psychologue et dévoué, se souciant plus de ses patients que de lui-même.

A la télévision, le médecin de campagne est personnifié par le Dr Baker, brave médecin de « *La Petite Maison dans la Prairie* » (Michael Landon, 1974-1983), soignant aussi bien les habitants du village que les vaches. À côté de cette icône champêtre, la télévision met en scène des médecins de campagne exerçant leur art avec simplicité et dévouement. Ainsi, le Dr Cochran, derrière son aspect hirsute et sa dépendance à l'alcool dans « *Deadwood* » (David Milch, 2004-2006) incarne un médecin généraliste très doué, polyvalent et humaniste, disponible jour et nuit pour ses patients. Le médecin généraliste à la télévision apparaît sous les traits du « *Dr Sylvestre* » (Laurence Bachman et Ariane

Heyraudon, 1995-2001), ce médecin généraliste remplaçant sillonnant les routes de provinces et réglant les problèmes de la vie de ses patients : pathologies chroniques mais aussi rupture sentimentale, deuils, addictions... Dans le même esprit, le « *Dr Cosma* » (Frédérique Fall et Alain Etévé, 2001-2007) est un jeune remplaçant d'origine réunionnaise. A travers l'image du médecin de campagne, ces deux séries nous offrent une vision moralisatrice de la profession de médecin généraliste.

1.1.2.2. Le médecin de ville

Les exemples cinématographiques de ce médecin urbain ne manquent pas. Le Dr Richard, incarné par Jean Gabin dans « *La minute de vérité* » (Jean Delannoy, 1952) est un parfait exemple de la bourgeoisie. Il présente tous les signes extérieurs de richesse. Il apparaît comme un homme sévère, droit, possédant une culture bourgeoise intarissable ; il est un notable de la société. Dans « *Bel amour* » (François Campaux, 1950), le Dr Moulin, « *jeune, beau, les cheveux gominés, habillé à la mode mais en costume cravate* » [4], stigmatise la réussite bourgeoise et apparaît comme un homme gentil, prévenant, poli et dévoué.

Cette image de médecin notable est néanmoins mise à mal dans certains films. Dans « *L'homme blessé* » (Patrice Chéreau, 1983), le Dr Bosmans, bien que respecté dans la société, habitant une grande villa richement décorée, habillé en costume cravate et manteau de style comme ses confrères cinématographiques, fait preuve d'ambiguïté et malgré son statut, fréquente les endroits les plus sordides et noirs de la nuit. Dans « *La crise* » (Colline Serreau, 1992), le médecin, exerçant dans les beaux quartiers parisiens, bourgeois malgré son look post-soixante-huitard, pratique l'allopathie, voit 70 patients par jour en moyenne en consultation et est à la solde des laboratoires pharmaceutiques. Mais soudainement, le médecin généraliste est pris d'une « crise » de conscience et ne veut plus se servir de ses patients : il se lance dans l'homéopathie, ne voit plus que 10 patients par jour et décide de guérir ses patients. Cette remise en question ne sera pas acceptée de tous et notamment pas de son épouse qui souhaite avant tout garder son statut social.

Le cinéma sait mettre en relief les problèmes inhérents à l'exercice médical urbain. La comédie musicale « *On connaît la chanson* » (Alain Resnais, 1997) illustre le nomadisme médical. Un patient présentant des crises d'angoisse, consulte plusieurs médecins attendant en vain une réponse à son problème : un médecin bourgeois de 60 ans, costume cravate et cheveux gris puis un médecin d'une quarantaine d'années, costume et nœud papillon,

installé dans un bel appartement bourgeois au style feutré et enfin une femme-médecin, la quarantaine, en blouse blanche, exerçant dans une résidence moderne. A travers ces différentes consultations où à aucun moment un diagnostic n'est posé, le scénariste critique ouvertement l'attitude des patients « urbains » à aller chercher plusieurs avis concernant la même pathologie mais aussi l'attitude froide et distante des médecins de ville à l'opposé des médecins ruraux.

Le médecin de quartier, dévoué à sa patientèle, constitue une exception à cette représentation et symbolise un héros semblable au médecin de campagne. « *Bonjour Toubib* » (Louis Cuny, 1956) décrit la journée de travail d'un médecin généraliste de quartier s'attachant plus aux malades qu'aux maladies contrairement aux confrères hospitaliers. Cet homme n'aspire qu'à se retirer à la campagne pour profiter de sa retraite et laisser sa patientèle à son fils. Mais son fils échoue à l'internat, il l'accompagne néanmoins dans ses visites et prend conscience que le métier de son père est le plus beau métier du monde. « *La vie devant de soi* » (Moshé Mizrahi, 1977) brosse le tableau d'une vie de quartier dans sa diversité, le vieux médecin de famille ne manque pas à l'appel et semble faire partie de cette grande famille que constitue le quartier. La médecine de quartier, et notamment en zones sensibles, est en plein essor tant dans la réalité que dans la fiction. Dans un avenir proche, les médecins œuvrant dans ces secteurs pourraient supplanter leurs confrères ruraux sur les écrans. On les verrait alors exercer leur art, à côté des pompiers éteignant les incendies et les policiers de proximité en action .

La télévision sait aussi mettre en lumière les médecins de ville à la manière du « *Docteur Marcus Welby* » (David Victor, 1969-1976). Cette série nous montre le quotidien d'un médecin généraliste urbain dans son cabinet de consultation et oppose deux médecins : le Dr Welby, médecin expérimenté et sage, faisant preuve d'empathie et de dévouement pour ses patients et le jeune Dr Kiley, médecin tourné vers les nouvelles technologies médicales, considérant le patient comme un corps malade. La série populaire « *Plus belle la vie* » (Hubert Besson, 2004-en production) a bien évidemment utilisé le personnage du médecin à travers plusieurs praticiens, montrant ainsi les multiples facettes de la profession. Le Dr Josselin et le Dr Tautavel incarnent à merveille les bons médecins de ville. Le Dr Leserman symbolise le beau médecin généraliste urbain mais à l'esprit d'aventures quelles soient sentimentales ou humanitaires.

1.1.2.3. L'opposition médecin rural et médecin urbain

De tout temps, la médecine de campagne et la médecine de ville se sont opposées et le cinéma n'a pas résisté à mettre en lumière ce combat singulier. Dans « *Le docteur et le toubib* » (Elliot Nugent, 1947), le Dr McRoy prend un assistant pour le seconder, le jeune Dr Pearson, médecin de ville. Ce dernier éprouve de grandes difficultés à faire admettre ses méthodes et le confrère plus âgé ne compte pas céder sa place. Une rivalité naît alors entre le « docteur » (Dr McRoy) reconnu et respecté par la société et le « toubib », terme familier rempli de dédain désignant le jeune médecin de la ville devant faire ses preuves. Dans « *Les Hommes en blanc* » (Ralph Habib, 1955), le Dr Delpuech, vieux médecin exténué, installé dans le Cantal, se fait remplacer par le jeune Dr Nérac, brillant interne citadin, cynique et carriériste. Au beau milieu d'un cursus hospitalier très prometteur, le jeune parisien très imbu de sa personne et de son savoir, se frotte à la dure réalité de la médecine rurale. Avec beaucoup de patience et de modestie, qualités apprises sur le terrain, il réussit à gagner la confiance des villageois et s'installe définitivement dans les montagnes austères auvergnates, renonçant alors à une brillante carrière. Cette opposition est clairement matérialisée dans « *Syndromes and a Century* » (Apichatpong Weerasethakul, 2007), véritable critique sociologique de la modernisation de la société et des syndromes du siècle. Le réalisateur, fils de médecin, confronte médecine de ville et médecine de campagne en divisant son œuvre en deux parties qui se font écho entre elles. La première partie vante l'activité en milieu rural, les deux protagonistes, médecins, travaillent dans un environnement modeste, intime, verdoyant et humain, proche des patients et des habitudes de l'époque. La deuxième partie dépeint la médecin de ville, plus moderne mais plus froide, plus bétonnée, plus dépersonnalisée, marquée par la pauvreté des relations humaines et le silence.

Parallèlement à ces représentations cinématographiques, la télévision a su mettre en lumière des médecins urbains partis s'exiler à la campagne. C'est le cas du Dr Fleischman, scientifique enclin aux technologies mais confronté aux villageois invoquant la Nature pour expliquer leurs symptômes dans « *Bienvenue en Alaska* » (Joshua Brand, 1990-1995). Dans « *Everwood* » (Greg Berlanti, 2002-2006), le Dr Brown, brillant neurochirurgien new-yorkais s'exile dans un petit village du Colorado pour exercer gratuitement la médecine générale afin de retrouver une médecine empathique et plus "pure". Ces deux séries montrent des médecins s'épanouissant au contact de leurs patients en exerçant une médecine qui place la relation médecin-malade au centre de la prise en charge.

1.1.2.4. Le médecin contre le guérisseur

Le cinéma aime mettre en scène les contraires. Ainsi, le guérisseur, littéralement qui guérit et le charlatan qui usurpe le titre de médecin, sont des figures récurrentes à l'écran. La pratique illégale de la médecine à laquelle se livrent les guérisseurs sert donc de trames dramaturgiques, soit pour mettre en avant le triomphe des médecins contre cette pratique, soit pour souligner la collaboration possible entre ces deux méthodes.

Dans le registre des charlatans, le docte personnage de « *Knock ou Le Triomphe de la médecine* » (Louis Jouvet, 1933) est incontournable. Nous étudierons cette icône cinématographique et son influence dans un chapitre dédié. « *Le cas du Docteur Galloy* » (Maurice Boutel, 1949) montre la victoire de la Science sur la Croyance et donc la victoire du médecin. Le sérum anti-cancer du Dr Clarenz s'incline devant la chirurgie traditionnelle. Dans « *Le médecin et le sorcier* » (Mario Monicelli, 1957), l'arrivée du Dr Marchetti bouscule l'influence de Don Antonio, guérisseur estimé du village. Néanmoins, le médecin grâce à un peu de psychologie arrive à s'octroyer la considération des villageois et ainsi combattre l'obscurantisme. Dans « *On ne triche pas avec la vie* » (René Delacroix et Paul Vandenberghe, 1949), une jeune femme médecin doit se battre pour trouver sa place, en butte aux superstitions, aux guérisseurs et à la médiocrité ambiante. Dans « *La fille aux yeux gris* » (Jean Faurez, 1945), l'intrigue met en scène deux médecins, un pharmacien et un rebouteux qui s'affrontent dans un petit village de montagne. Le scénariste inflige à ce charlatan de nombreux tracasseries et malheurs en guise d'avertissement; le public comprend alors qu'il serait dangereux de vouloir concurrencer les disciples d'Hippocrate sur leur propre terrain.

Néanmoins, il arrive quelques fois que le guérisseur triomphe comme dans « *Ashakara* » (Gérard Louvin, 1991) où le médecin, après échec de la médecine classique, complète sa thérapeutique par une plante utilisée par une guérisseuse locale, aux propriétés curatives contre une maladie létale. Dans « *Leguignon guérisseur* » (Maurice Labro, 1954), le magnétiseur s'associe avec le médecin du village pour fonder une clinique. Ainsi la collaboration de la médecine officielle et de la médecine "*populaire*" se révélera bénéfique pour tous. Le même ressort narratif est utilisé dans « *Le médecin de Gafiré* » (Mustapha Diop, 1985) opposant un jeune médecin récemment diplômé de l'université, symbole de modernité et le guérisseur local aux méthodes renommées à travers la brousse, symbole de tradition et de magie.

Dans « *Le guérisseur* » (Yves Ciampi, 1953), Monsieur Laurent, thérapeute-magnétiseur, soigne par simple apposition des mains. Sa renommée est proportionnelle à ses succès thérapeutiques. Derrière ce guérisseur se cache le Dr Pierre Lachaux, ancien médecin "*conventionnel*" ayant abandonné la médecine. Ses anciens confrères, voyant sa pratique comme une menace, l'accusent d'exercice illégal de la médecine. En réalité, le principal don de ce médecin déchu n'est autre que l'écoute rendant humaine la relation médecin-malade. Ce film oppose la médecine officielle, austère et déshumanisée à la médecine empirique, qui prend en compte la psychologie des patients. Une scène du film illustre parfaitement ces propos : lors d'une altercation entre le guérisseur, incarné par Jean Marais et un de ses anciens confrères, le Dr Laurent rappelle à ce dernier que ce sont des médecins comme lui qui font la clientèle des guérisseurs car ce que les malades ont dans leur tête n'intéresse pas la médecine. Médecin lui-même, le réalisateur traite le sujet en profondeur et avec intelligence et aborde la possibilité de l'alliance entre médecine moderne et "médecine" alternative.

Alors qu'il était difficile voire inconcevable au siècle dernier, de donner officiellement du crédit à la médecine populaire, nous constatons actuellement une curiosité croissante pour ces approches parallèles voire alternatives. Même si selon la loi (ordonnance du 24 Septembre 1945), « *nul ne peut soigner les malades sans un diplôme officiel de l'État* », de nombreux peuples mettent leur santé dans les mains de chamans aux pratiques traditionnelles et magiques. Néanmoins, dans nos sociétés occidentales, ces pratiques fascinent et interrogent. « Alors que le savant apprend, analyse, doute et réfute, le magicien apprend mais ne tâtonne pas. Il transmet une tradition non soumise à la critique. Son savoir se perpétue, infaillible, et il a beau jeu de mépriser le savoir scientifique toujours remis en question. » [5].

1.2. Focus de spécialités

1.2.1. Le médecin en formation

Le cinéma aime mettre en scène les études de médecine. Cependant, avant même de nous montrer les études en elles-mêmes, le cinéma nous offre les raisons ayant poussé ses jeunes héros à s'engager dans cette voie longue et semée d'embûches.

Dans « *L'emprise* » (John Cromwell, 1934), le jeune Philip Carey, souffrant d'un pied bot, s'orientera vers les études de médecine après une déception professionnelle. L'échec

de sa tentative artistique fera naître en lui une vocation pour une profession altruiste où l'on peut se rendre utile à autrui. Cependant, le monde médical est cruel et cet étudiant en médecine se verra contraint de montrer sa malformation à ses collègues à l'occasion d'un exposé sur le sujet. Dans « *Un grand patron* » (Yves Ciampi, 1951), trois portraits de médecins sont décrits dont deux sont des internes en formation. Jacques, filleul du grand patron, ne semble pas dans son élément au sein de l'hôpital même si sa carrière de brillant chirurgien semble toute tracée par l'imminent Dr Delage. Mais le jeune homme rêve d'embrasser une carrière artistique plutôt qu'une carrière médicale. Devant les multiples tentatives de dissuasion provenant de son entourage, il renoncera à ses desseins et retrouvera la voie royale de l'hôpital, non sans une certaine amertume. A contrario, le jeune Marcillac, carriériste et ambitieux, a bien l'intention de réussir et utilise pour cela tous les artifices possibles, s'intéressant aux patients uniquement si leur cas peut susciter une publication, cherchant à s'assurer des appuis médicaux déterminants pour son ascension professionnelle... Dans « *La gifle* » (Claude Pinoteau, 1974), Isabelle Douélan, étudiante en première année de médecine, envisage d'offrir ses soins au monde entier, au péril de sa vie mais l'échec à ses épreuves de concours sera à l'origine de la légendaire gifle et d'un changement radical de vie pour la jeune étudiante.

D'autres étudiants choisiront la carrière médicale sous l'influence d'un parent médecin, il s'agit de la mère du Dr Pellegrin dans « *Le fruit défendu* » (Henri Verneuil, 1952) et le père tant admiré du Dr Lowe dans « *La cité de la joie* » (Roland Joffé, 1992). Certains internes exerceront même dans le service de leur parent comme le Dr Villiers, jeune pédiatre exerçant dans le service de son père le Pr Villiers dans « *Dis-moi oui ...* » (Alexandre Arcady, 1995). La même situation est reproduite dans « *Hippocrate* » (Thomas Lilti, 2014) .

L'étudiant en médecine à l'écran, interne ou externe, est représenté plongé dans ses livres et croulant sous l'apprentissage des connaissances théoriques aux dépens d'une vie sociale épanouie. Si l'étudiant n'utilise pas les bancs de l'université pour parfaire son savoir, il est enchaîné à l'hôpital notamment lors de la sacro-sainte visite professorale. « *Les hommes en blanc* » (Ralph Habib, 1954) nous offre une fresque médicale et met en lumière cette fameuse visite, où le patron suivie d'une horde de médecins en herbe, glisse de lit en lit autour de patients dénudés, intimidés et déshumanisés. Chaque halte devant un patient est l'occasion d'une leçon, d'une remarque ou d'une question posée à l'étudiant, envahi par la pression. Le combat quotidien de ces étudiants, alternant joies et moments de faiblesse est retranscrit dans « *Les Internes* » (David Swift, 1962) et « *Les Nouveaux internes* » (John Rich, 1964). Ces films apparaissent alors comme de véritables odes à l'application exemplaire de l'étudiant en médecine, illustrant les heures passées devant

les livres et dans les amphithéâtres, le stress des premières gardes, les dilemmes éthiques... Ainsi aux yeux du cinéma, tout étudiant ne se conformant pas à cette vie monacale, s'exposera à une sanction et à un échec. Malgré son sérieux et son acharnement dans le travail, la passion de Philip Carey pour Mildred lui coûtera ses examens dans « *L'emprise* » (John Cromwell, 1934). Les jeunes étudiantes de « *Beau fixe* » (Christian Vincent, 1992) mettront en péril leurs révisions et leur examen dans une villa au bord de la mer.

A travers « *Hippocrate* » (Thomas Lilti, 2014), le cinéma explore avec précision les tribulations d'un jeune interne confronté à la pratique médicale. Tout est abordé avec un réalisme criant : le doute du jeune médecin, l'ombre menaçante des erreurs médicales, le poids des responsabilités, les rapports parfois tendus et conflictuels entre les collègues mais aussi la solitude des internes et l'ambiance oppressante de l'hôpital. Ce film réaliste et authentique pointe du doigt pour la première fois à l'écran la difficulté du travail des internes, jeunes médecins jetés dans "la fosse aux lions" dès leur premier jour de stage. De plus, ce film explique le réel paradoxe de ces internes se comportant comme des bûcheurs inépuisables aux grandes responsabilités dans la journée et comme des adolescents attardés dès lors qu'ils posent leur costume de médecin.

Une autre image, moins respectable et moins sérieuse du médecin en formation est alors possible, mettant en scène des incorrigibles fêtards négligeant quelque peu leur travail. Les étudiants de « *Doctor's Academy* » (Harvey Miller, 1985) et « *Toubib Academy* » (Alan Smithee, 1986) sont de véritables cancre, recalés aux examens et subissant les foudres du doyen. « *Intern Academy* » (Dave Thomas, 2004) détruit l'image lisse, sérieuse et déterminée des étudiants en médecine en mettant en jeu six jeunes internes fraîchement nommés à l'hôpital St. Albert. Au programme : chasses aux patients, parties de jambes en l'air en salle de garde, baignade en salle de balnéothérapie et jeux en tout genre à la morgue !

La morgue ou les salles d'autopsie, bien que peu fréquentés par les étudiants en médecine dans la réalité, ont toujours fascinés les cinéastes. Dans « *L'expérience interdite* » (Joel Schumacher, 1989), cinq étudiants en médecine sérieux et brillants, décident d'utiliser leur passe-temps à découvrir ce que cache l'esprit humain juste après la mort. Lors de réunions secrètes, ils se provoquent des arrêts cardiaques par injection de potassium puis se réaniment. Ainsi, de la même manière que leurs aînés, les étudiants peuvent se considérer comme de véritables savants fous en herbe jouant avec la vie et la mort.

Bien que moins présents au cinéma que les médecins expérimentés, les internes offrent au public une palette de représentations cinématographiques allant de l'étudiant intelligent et travailleur au séducteur attardé en passant par l'apprenti sorcier.

Les « carabins » de fiction les plus célèbres s'illustrent dans les séries télévisées telles que « *Urgences* » (Michael Crichton, 1994-2009), « *Grey's Anatomy* » (Shonda Rhimes, 2005-en production) ou encore « *Scubs* » (Bill Lawrence, 2001-2010). Le format semble particulièrement adapté au portrait des études médicales, transportant le spectateur dans le quotidien de ces étudiants, entre apprentissage médical et aventures sentimentales, pendant plusieurs années. La série médicale de prédilection retraçant à merveille le parcours semé d'embûches de ces étudiants en médecine est sans aucun doute « *Grey's Anatomy* » (Shonda Rhimes, 2005-en production). Tout dans la série renvoie aux études de médecine y compris le titre qui s'avère être un jeu de mot sur le célèbre mais imposant ouvrage d'anatomie de référence, le "Gray's Anatomy : The Anatomical Basis of Clinical Practice". La série nous offre les premiers pas et les premières expériences de ces jeunes médecins, mêlant cas médicaux concrets et aventures sentimentales en tout genre aux détours d'une salle de garde.

1.2.2. Le praticien hospitalier

Le cinéma a recours à de multiples occasions à l'image du médecin hospitalier. Cependant, dès qu'il apparaît à l'écran, il est caractérisé par sa spécialité propre : chirurgie, psychiatrie... Les représentations des médecins hospitaliers atteignent leur apogée grâce au petit écran. Les fictions médicales télévisuelles permettent de mettre en scène et de faire interagir plusieurs spécialités médicales ensemble au sein d'un même lieu : l'hôpital !

Le « *Jeune Dr Kildare* » (Max Brand, 1961-1966) met en scène le Dr James Kildare, jeune interne en médecine travaillant dans l'hôpital fictif Blair General. Tout au long des épisodes, il va apprendre son métier, gérer les problèmes de ses patients et surtout gagner le respect de son supérieur, le Dr Léonard Gillepsie. L'exceptionnel talent du jeune Dr Kildare combiné à ses bonnes manières et son physique de gravure de mode véhiculent une image sympathique et rassurante de la profession auprès des spectateurs. A l'opposé du Dr Kildare, la télévision nous offre « *Ben Casey* » (James Moser, 1961-1966), neurochirurgien rebelle au caractère bien trempé, ouvertement machiste, en lutte perpétuelle avec sa hiérarchie et toujours à l'affût de cas cliniques complexes.

Les fictions médicales aiment désacraliser l'image du médecin beau, intelligent, brillant et parfait. Ainsi dans « *Hôpital St-Elsewhere* » (Joshua Brand et John Falsey, 1982-

1988), les médecins sont des héros du quotidien et non pas des surhommes à qui tout réussit, leur vie privée interfère avec leur vie professionnelle et ils sont représentés comme des hommes faillibles. Cette série dresse un tableau sarcastique de la profession : les cas cliniques sont durs mais réalistes, les médecins n'échappent pas à la maladie et à la souffrance tant psychologique que physique.

1.2.3. Le chirurgien

Il est impossible, actuellement, de concevoir un hôpital ou une clinique sans service de chirurgie. A tout seigneur, tout honneur. Le chirurgien a toujours été, sans conteste, le spécialiste le plus charismatique de tous les médecins et son aura rejaillit naturellement sur la toile du septième art. Plus que tout autre praticien, le chirurgien fascine par sa fonction et son pouvoir. Il ouvre et répare le corps humain de surcroît endormi, contribuant à ajouter une atmosphère magique à la spécialité. Le chirurgien, idéale combinaison de mystère et d'efficacité devient un héros parfait et fascinant dont le cinéma se délecte en nous offrant une galerie de portraits divers et variés. D'ailleurs, la salle de garde de la Pitié-Salpêtrière à Paris dans les années 70 illustre parfaitement l'opinion de l'époque : « *les chirurgiens sont les héros du XXème siècle* ».

L'exemple le plus emblématique est le Pr Delage, brillant chirurgien parisien dans « *Un grand patron* » (Yves Ciampi, 1951). Au sommet de son art, sa réussite est totale, il vient de réaliser avec succès sa deuxième greffe de rein, prend au sérieux son rôle de maître auprès des étudiants qui le craignent autant qu'ils l'admirent. Il aspire à la reconnaissance professionnelle ultime par son élection à l'Académie. Ainsi, le décès d'un de ses patients ne provoque en lui ni tristesse ni compassion mais de l'inquiétude concernant les fâcheuses répercussions sur sa future élection. Ainsi, chez le Pr Delage, autant l'homme est hautain, autant le chirurgien est extraordinaire. L'exigeant Dr Marsh dans « *Pour que vivent les hommes* » (Stanley Kramer, 1955) est décrit sous les mêmes traits : homme intéressé ayant effectué un mariage d'intérêt, véritable tremplin pour sa carrière et homme dévoué à sa profession négligeant le côté humain dans la relation médecin-malade. Les chirurgiens dans « *John Q* » (Nick Cassavetes, 2002) sont insensibles à la détresse d'un enfant. Pour avoir une chance de survivre, l'enfant doit subir une transplantation cardiaque mais l'assurance ne couvre pas les frais de l'opération. Face au refus de l'opération par les chirurgiens, le père prend l'hôpital en otage. L'inhumanité des médecins est associée aux jalousies dans le film critique « *RAK* » (Véra Belmont, 1972). Les patients sont le plus souvent traités comme des cas voire des numéros de lit ou de chambre, avec distance et froideur et non pas comme des êtres humains par les chirurgiens. Lors des visites de

chambre, le nom du patient n'est pas cité et le chirurgien désigne son patient par l'organe opéré. Ainsi, un assistant s'adressant au patron lors de l'énumération des patients dans « *RAK* » : « *La cirrhose qui nous encombrait depuis des mois. (un autre lit). Un côlon. [...] tuberculose, (autre lit) tuberculose, (autre lit) Ah ! Voici un cas neurologique très compliqué...* » Le chirurgien est alors vu comme un technicien de santé, ingénieur du corps humain aux gestes automatiques et dénué d'empathie et d'humanité.

Néanmoins, la plupart du temps, le chirurgien fictif apparaît comme un véritable héros, dévoué et compétent. L'icône cinématographique par excellence est le Dr Praetorius dans « *On murmure dans la ville* » (Joseph L. Mankiewicz, 1951). Il s'agit d'un homme polyvalent : brillant gynécologue et grand patron d'une clinique privée, charismatique et pédagogue professeur d'anatomie, médecin admiré par ses étudiants et directeur de l'orchestre de l'université. Expert dans la relation médecin-malade, il privilégie les rapports humains avec ses patientes, en mettant au centre de la prise en charge les entretiens et non pas la médication. Un confrère jaloux diligentera une enquête visant à éclairer le passé du médecin. Il sera alors découvert que le Dr Praetorius a autrefois exercé la médecine dans l'arrière boutique d'une boucherie et que ses gains lui ont permis par la suite de se spécialiser et de financer sa clinique. Le chirurgien peut être obnubilé par sa profession, au point de consacrer tout son temps aux opérations et de négliger sa vie privée et sentimentale. « *La Minute de vérité* » (Jean Delannoy, 1952) met en scène le Dr Richard, chirurgien totalement absorbé par sa profession qui négligera son épouse. Certains chirurgiens n'hésiteront pourtant pas à sacrifier leur brillante carrière pour se lancer de nouveaux défis. C'est le cas du Dr Steele dans « *Victoire sur la nuit* » (Edmund Goulding, 1939), qui après avoir opéré une jeune femme d'une tumeur cérébrale, se lance à corps perdu dans le milieu obscur de la recherche pour tenter de découvrir un sérum permettant la guérison tumorale.

Être chirurgien ne signifie pas être docile et respectueux des ordres donnés notamment dans un contexte de guerre où la survie des patients devient une priorité absolue. Ainsi, le héroïque Dr Kendall dans « *Les cavaliers* » (John Ford, 1959) soignera militaires et civiles, nordistes et sudistes malgré les réticences du colonel. Les trois chirurgiens burlesques mais compétents et au grand cœur de « *M.A.S.H* » (Robert Altman, 1970) transformeront l'antenne chirurgicale, contre toute attente et à l'encontre de tous, en cirque joyeux.

Le cinéma accorde également une place de choix aux chirurgiens esthétiques, pour les changements d'apparence et les rebondissements qu'ils permettent. Le dix-huitième

opus du réalisateur espagnol Pedro Almodovar, « *La piel que habito* » (Pedro Almodovar, 2011) nous fait vivre la vengeance machiavélique d'un chirurgien esthétique sans scrupule, incarné à merveille par Antonio Banderas. Ce monstre clinique, froid, totalement amoral, véritable amalgame du *Pygmalion* d'Ovide et du *Frankenstein* de Shelley, se venge des épreuves de la vie (viol de sa fille et mort de sa femme) sur un jeune homme qu'il transforme en femme après avoir créé une nouvelle peau aux propriétés étonnantes. La télévision offre aux spectateurs une belle caricature de ce monde de la chirurgie esthétique à travers les deux chirurgiens de la série « *Nip/Tuck* » (Ray Murphy, 2003-2010). Les deux héros de la série, les Dr Christian Troy et Sean McNamara, associés et amis depuis l'université, sont à la tête d'une florissante clinique privée. Ces médecins ont tout pour susciter de l'envie et de la jalousie : un pouvoir de séduction sans limite, une spécialité prestigieuse, un exercice dans un établissement luxueux. Ils sont une véritable caricature de séducteurs compulsifs et décadents. Le paraître semble être le fil conducteur de ces deux médecins. L'impact de cette série sur le patient-spectateur repose sur l'exagération : exagération de la superficialité des personnages médicaux, exagération de leur vie sentimentale mouvementée, exagération dans les cas médicaux traités, exagération des interventions chirurgicales entreprises...

Ainsi, la chirurgie représente la spécialité certainement la plus présente à l'écran, de par la fascination qu'elle suscite mais aussi par les écarts possibles de conduite de ces chirurgiens.

1.2.4. Le psychiatre

Le psychiatre a toujours entretenu des relations particulières avec le septième art où il symbolise une figure cinématographique à multiples facettes. Il est certainement le médecin sur lequel se cristallise le plus la peur de la maladie et suscite donc les sentiments les plus extrêmes : sentiment de confiance aboutissant à de l'amour ou sentiment de haine véritable, ressenti par les cinéastes. Il se démarque des autres médecins en raison de "l'organe" qu'il soigne et des manifestations singulières de ses pathologies bien loin de l'angine, des épidémies de peste ou de la blessure par balle. Il s'occupe non pas du corps mais de l'esprit et de l'âme, et parcourt les méandres du psychisme et de la pensée humaine. Pour cela, il semble doté d'un pouvoir particulier sur l'individu. Côté la folie, fou lui-même dans certaines œuvres, il n'est pas étonnant que le psychiatre et tout ce qui l'entoure frappe l'imagination des cinéastes et fascine le public. En effet, « *la folie est une loupe qui permet de grossir les défauts d'une société. Le cinéma, pour sa part, est un miroir déformant de la folie. Caricature d'une caricature. C'est ainsi que l'on crée des représentations sociales qui nous touchent et nous influencent* » [6].

1.2.4.1. Le psychiatre de tous les jours

De nombreux films nous livrent l'image stéréotypée du psychiatre, assis à côté du divan dans le calme de son cabinet, apte à étudier l'esprit tourmenté de ses patients. Hystériques, paranoïaques ou grands psychotiques, les alter ego de Woody Allen explorent en profondeur les questions existentielles, intellectuelles et artistiques. Éternels insatisfaits, les héros alleniens vivent des histoires psychologiques nécessitant toujours l'avis d'un spécialiste en la matière. Qu'il soit mentionné comme dans « *Annie Hall* » (Woody Allen 1979), « *Manhattan* » (Woody Allen, 1979) ou « *Vicky Cristina Barcelona* » (Woody Allen, 2008) ou filmé le temps d'une séance comme dans « *Intérieurs* » (Woody Allen, 1978), « *Zelig* » (Woody Allen, 1983), « *New York Stories* » (Woody Allen, 1989) ou encore « *Tout le monde dit I love you* » (Woody Allen, 1996), le psychiatre répond presque toujours présent et devient une figure incontournable, abordée sur le ton de la comédie, dans le cinéma de Woody Allen. Le psychiatre devient le médecin chez qui on se précipite au moindre problème, apparaissant ainsi comme un confident de choix. Un autre exemple de cette relation particulière entre le patient et le psychiatre est dans « *L'amour est une grande aventure* » (Blake Edwards, 1988) dans laquelle un homme, plaqué par sa femme, se réfugie à la fois chez son analyste et dans un bar.

Dans de nombreux films, le psychiatre est le seul à pouvoir accéder aux zones inaccessibles de l'esprit, permettant de rendre visibles les traumatismes jusque-là enfouis et ainsi libérer le patient de ses chaînes. Le praticien se verra donc confronté au passé de ses patients afin de dévoiler progressivement la vérité, à travers la psychanalyse. Avant de développer ce point de vue, il est important de signaler que la découverte de l'inconscient est contemporaine de la naissance du cinéma. Ainsi, les frères Lumière, ont permis de rendre possible par l'image seule, puis par l'image sonorisée et la parole imagée, une expression métaphorique de l'inconscient, un éclairage de cette part obscure d'ombre enfouie en nous-même. [3]. Le premier film à tenter d'illustrer les théories de Freud sur l'inconscient est « *Les Mystères d'une âme / Les Secrets d'une âme* » (Georg Wilhelm Pabst, 1926). Ce film muet, expressionniste allemand nous explique les méthodes du Dr Orth ayant permis de résoudre le traumatisme infantin responsable de la névrose de son patient. Dans « *Angoisse* » (Jacques Tourneur, 1945), le Dr Huntington Bailey, psychiatre et théoricien, auteur du "Complexe napoléonien" perce à jour la folie de Nick Bederaux, folie secondaire à une carence affective durant l'enfance ayant conduit cet homme à considérer la vie comme un éternel combat. Un traumatisme dans l'enfance est aussi à l'origine de la radicalisation idéologique du patient nazi du psychiatre noir dans « *Pressure Point* » (Hubert Cornfield, 1962). La psychanalyse révèle tout son éclat dans « *Soudain l'été*

dernier »(John L. Mankiewicz, 1959) à travers les traits du Dr Cukorwicz, neurochirurgien charismatique et perspicace. A la Nouvelle-Orléans, une riche veuve, Violet Venable propose au médecin, en échange d'une donation à sa clinique, de réaliser une lobotomie sur sa nièce Catherine, considérée comme folle depuis le décès mystérieux, durant un périple estival de Sébastien Venable, poète et fils de la riche veuve. Incorruptible, le médecin s'opposera farouchement à effectuer ce traitement radical et tentera, par l'intermédiaire de l'hypnose, de retrouver le traumatisme refoulé à l'origine des hallucinations hystériques de Catherine. Il s'en suivra la révélation de la vérité qui soulagera la conscience de Catherine : Sébastien, homosexuel, a été dévoré vivant par une bande de mendiants affamés, dans les ruines d'un temple païen.

Le psychiatre devient alors une personne faisant partie intégrante de la vie de ses patients à tel point qu'il se voit harcelé jour et nuit par ces derniers comme le montre « *L'homme de ma vie* » (Stephane Kurc, 1999), où un éditeur ayant terminé sa thérapie mais ne pouvant se passer de son médecin, entre par effraction dans la vie de son psychanalyste. Cela prend une toute autre dimension lorsque que le patient envahissant, en proie à de violentes crises d'angoisse, est un parrain de la mafia et qu'il entraîne le psychiatre malgré lui dans ses affaires douteuses, dans « *Mafia Blues* » (Harold Ramis, 1999). Le patient rechutera dans « *Mafia Blues II* » (Harold Ramis, 2002) et le psychiatre, placé sous la protection du FBI, verra sa vie menacée par des tueurs à gages amateurs. Ce scénario sert de fil conducteur à la série télévisée « *Les Soprano* » (David Chase, 1999-2007).

Cependant, la situation inverse se voit aussi au cinéma, où le thérapeute s'insinue dans la vie privée de ses patients. Ainsi, dans « *Petites confidences (à ma psy)* » (Ben Younger, 2005), le Dr Metzger apprend lors d'une séance que sa patiente divorcée et catholique noue une relation sentimentale avec un jeune homme, juif, de 20 ans son cadet ... et fils de la psychiatre de surcroît. Cette mère de famille s'oppose violemment à cette relation mais ne peut trahir le secret professionnel. Ainsi, le cinéma nous montre comment ce médecin tentera en vain de rester objective et professionnelle en apprenant des détails sur la vie privée de son fils.

Le psychiatre n'a pas été oublié des fictions médicales télévisuelles, bien au contraire ! Il apparaît comme une figure récurrente et incarne la plupart du temps le confident du héros venant s'allonger sur le divan pour déverser tous ses malheurs et exorciser ses angoisses comme dans « *Desperate Housewives* »(Marc Cherry, 2005-2012) ou encore dans « *Dexter* » (Jeff Lindsay, 2006-2013). Ainsi, qu'il s'illustre au cinéma ou à la télévision,

le psychiatre est dépeint de façon similaire et occupe une place importante dans l'opinion publique.

1.2.4.2. Le psychiatre expert

Le psychiatre, sous les traits d'un médecin-expert, renvoie une image positive de praticien compétent. Dans « *Psychose* » (Alfred Hitchcock, 1960), le Dr Richmon apporte des réponses aux agents de police concernant le trouble dissociatif de l'identité de Norman Bates, expliquant le comportement de cet assassin déguisé en femme, tuant sans scrupule sous les yeux du cadavre momifié de sa mère. Dans « *La mort aux enchères* » (Robert Benton, 1982), un psychiatre enquête lui-même sur la mort d'un de ses patients. Le Dr Capa, dans « *Color of Night* » (Richard Rush, 1994) tente de faire la lumière sur l'assassinat d'un confrère. Pour se faire, il décide de le remplacer dans ses fonctions de thérapeute afin de démasquer le criminel qu'il soupçonne être un des cinq patients névrosés constituant le groupe thérapeutique établi par la victime avant sa mort. Le psychiatre de « *La Dernière cible* » (Buddy Van Horn, 1988) apporte une aide précieuse à l'inspecteur Harry en dressant un profil psychologique de l'assassin tant recherché. Malgré son penchant pour le cannibalisme, les facultés d'analyse de l'éminent psychiatre et génie machiavélique Hannibal Lecter seront sollicitées à plusieurs reprises par le FBI pour la résolution d'autres crimes, notamment dans « *Dragon Rouge* » (Brett Ratner, 2002).

1.2.4.3. Le psychiatre humain

Certains psychiatres s'insurgent contre les méthodes trop inhumaines de leurs confrères. Ils seront partisans des échanges avec leurs patients. Ils œuvreront pour le respect des patients et leur intégration dans la démarche de soins. Le Dr McIver dans « *La Toile d'araignée* » (Vincente Minnelli, 1955) propose une approche novatrice de la psychiatrie en intégrant les patients aux actes de la vie quotidienne (jardinage, décoration...); cette méthode ne fera pas l'unanimité au sein du corps médical de la clinique et sera à l'origine de conflits entre confrères. Dans « *La Tête contre les murs* » (Georges Franju, 1959), le jeune Dr Emery remplace la camisole chimique induite par les neuroleptiques par la psychothérapie et l'ergothérapie. Dans « *La Cage aux femmes* » (Hall Bartlett, 1963), le Dr Mac Leod se lance dans une véritable croisade en développant une nouvelle thérapie de groupe, sans violence ni punitions pour soigner les patients du département hospitalier dont il a la charge. Mais il se heurte à la résistance de l'infirmière en chef et du Dr Harrington aux méthodes plus radicales. Ces quelques exemples nous

montrent l'évolution de la relation médecin-malade et la construction d'une relation de confiance.

Cette relation poussera certains psychiatres au delà de leurs cabinets dans des voyages à l'issue desquels le patient se verra transformé. Dans « *Don Juan de Marco* » (Jeremy Leven, 1995), le Dr Mickler, à l'approche de la retraite, est amené à prendre en charge un jeune homme persuadé d'être le fameux Don Juan à la cour d'Espagne. Le vieux psychiatre va entrer dans son jeu et refusant de l'assommer par des psychotropes, se contente d'entretiens avec lui, malgré les remontrances de ses confrères perplexes. Épousant totalement le délire de son patient, le médecin emmènera le jeune homme dans un périple à travers les Etats-Unis pour retrouver sa dulcinée. L'exemple le plus emblématique est le chef d'œuvre psychanalytique « *Shutter Island* » (Martin Scorsese, 2009). En 1954, le marshall Teddy Daniels, interprété par Leonardo DiCaprio, et son coéquipier Chuck Aule sont envoyés sur l'île de Shutter Island, dans une institution psychiatrique où sont internés les plus dangereux criminels. Une enquête doit être réalisée suite à la disparition d'une des patientes. Cabalistique et captivant, le thriller de Martin Scorsese atteint son apothéose dans le twist final, lorsqu'on découvre que le marshall Daniels est en réalité le 67ème patient criminel de l'hôpital. Chuck, quant à lui, est le Dr Sheehan qui le suit depuis deux ans. Ainsi, nous découvrons que les médecins, le personnel de l'hôpital et la police en place ont joué au jeu de Teddy alias Andrew Laeddis, afin que ce dernier fasse le cheminement seul jusqu'à la vérité et jusqu'à l'acceptation de sa pathologie mentale.

Le psychiatre peut même être amené à s'investir dans sa profession au point d'en retirer des bénéfices sur sa propre vie privée. Cora, jeune docteur en psychiatrie à l'hôpital de Liège, accueille dans son service une jeune femme mutique dont l'identité est inconnue dans « *Stormy Weather* » (Solveig Anspach, 2003). Lorsque la jeune femme, une fois identifiée, retourne en Islande, le médecin ayant établi une relation avec sa patiente dépassant le cadre thérapeutique classique décide de poursuivre la prise en charge. A travers ce voyage, la psychiatre réfléchira sur sa propre condition et sur sa vie en général. Enfin dans « *Will Hunting* » (Gus Van Sant, 1997), le Dr Maguire, psychothérapeute, réussit à instaurer une relation de confiance avec le jeune Will, en lui parlant de son intimité, de sa femme décédée d'un cancer... Au contact de cet authentique génie des mathématiques mais rebelle aux élans imprévisibles, le psychiatre parviendra à dépasser le décès de son épouse. Pour le Dr Crowe, réalisant une étude sur le jeune Cole, en proie à des esprits menaçants dans « *Sixième sens* » (M. Night Shyamalan, 1999), le réveil est aussi douloureux. La recherche d'une explication rationnelle guidera l'enfant et le thérapeute vers une vérité

foudroyante et inexplicable : le Dr Crowe est mort et est devenu invisible aux yeux de tous sauf du jeune garçon, sans qu'il le sache lui-même.

Ainsi, les psychiatres à l'écran, perdent leur image effrayante au profit d'une représentation humaine et compréhensive. De plus, l'exercice de la psychiatrie permet au médecin de se découvrir lui-même en découvrant les autres.

1.2.4.4. Le psychiatre et l'enfant

Même si leur présence est moins remarquée à l'écran, les pédopsychiatres n'ont pas été oubliés par les cinéastes. « *Family life* » (Ken Loach, 1971) nous montre comment une jeune fille, repliée sur elle-même dans les suites d'un avortement forcé, sombrera dans la schizophrénie. Initialement prise en charge par le Dr Donaldson, adepte des thérapies de groupe et spécialistes des enfants, elle sera laissée aux bons soins d'un psychiatre aux méthodes traditionnelles et répressives, ce qui accentuera son glissement vers la pathologie mentale. Les pédopsychiatres apparaissent alors comme des praticiens humains, prônant le dialogue et l'échange. Dans « *Le journal d'une schizophrène* » (Dino Risi, 1967), un psychothérapeute tente de réinsérer socialement une jeune malade. « *Sybil* » (Daniel Petrie, 1976) relate le travail long et minutieux d'une psychanalyste face à une enfant ayant subi un éclatement de personnalité en six personnages. Le même fil narratif est utilisé dans « *Jamais je ne t'ai promis un jardin de roses* » (Anthony Page, 1977). Dans « *La grande citrouille* » (Francesca Archibugi, 1993), le jeune psychiatre Arturo est profondément attaché à son métier et à ses protégés. Il devient le plus souvent complice de ses patients. Ainsi, il va être amené à prendre en charge une adolescente de douze ans aux crises d'épilepsie probablement d'origine psychogène. Le psychiatre s'investira personnellement dans cette relation et tentera de comprendre et de démonter le mécanisme de la maladie. Même si ce n'est pas le trait de personnalité prédominant lorsque l'on aborde le sujet des psychiatres des enfants, le septième art nous livre certains pédopsychiatres usant de leur autorité abusive comme dans « *Birdy* » (Allan Parker, 1985) où le psychiatre laisse enfermer un jeune psychotique, traumatisé par la guerre du Vietnam et se prenant pour un oiseau, sans tenter la moindre thérapeutique. La télévision rend hommage à une célèbre pédo-psychanalyste française dans « *Françoise Dolto, le désir de vivre* » (Serge Le Peron, 2009). Ce téléfilm retrace, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, la rencontre de Claude, fils de résistants communistes et Ben, enfant d'une prostituée et d'un truand juif avec Françoise Dolto. Cette dernière tentera d'affronter les démons qui hantent les jeunes enfants.

1.2.4.5. Le psychiatre autoritaire et institutionnel

Les asiles psychiatriques ont de tout temps profondément impressionné l'opinion publique, en inspirant une véritable terreur. Dans l'imaginaire populaire, l'asile est assimilé à une prison et le patient y est enfermé, livré à la volonté des psychiatres, maîtres absolus de son sort. Alors que la relation médecin-malade repose sur un échange et un dialogue interactif, le psychiatre apparaît à l'écran comme l'emblème d'une autorité médicale abusive puisqu'il détient le pouvoir d'hospitaliser ses patients sous contrainte de façon arbitraire. « *La tête contre les murs* » (Georges Franju, 1959), nous montre comment un jeune homme instable et fantasque, sans pathologie psychiatrique identifiée mais devenant gênant pour la société et notamment pour son père avocat, se retrouve interné dans un asile psychiatrique par le Dr Valmont, psychiatre aux méthodes conventionnelles. Après plusieurs tentatives d'évasion, il retournera de nouveau à l'asile et sera emprisonné définitivement. L'intrigue de « *Shock Corridor* » (Samuel Fuller, 1963) est tout aussi angoissante. Un journaliste, souhaitant remporter le *Prix Pulitzer*, se fait volontairement interner dans un hôpital psychiatrique afin d'élucider un meurtre. Mais, le séjour en institution, les séances d'électrochocs, le contact avec les autres patients le feront passer de schizophrénique simulé à schizophrénique catatonique et c'est « *un malade mental et muet qui va obtenir le Prix Pulitzer* » comme l'annonce le Dr Christo dans le film. La puissance monstrueuse de l'autorité psychiatrique est à son apogée avec « *Vol au-dessus d'un nid de coucou* » (Milos Forman, 1975). Jack Nicholson y interprète un criminel de droit commun condamné pour viol. Afin de faire réduire sa peine, il simule la folie et est interné dans un hôpital psychiatrique. Il devient rapidement le chef des malades et incarne l'esprit de la rébellion contre l'ordre établi représenté par la surveillante Ratched. Suite à une mutinerie et une tentative d'étranglement de l'infirmière, il sera lobotomisé, réduit à un stade quasi-végétatif. De pitié, un de ses co-pensionnaires l'étouffera avec son oreiller. Dans ces films, le psychiatre est vu comme un être froid, « *à la fois menaçant et utile* »[6] dénué de compassion et aux pratiques plus que radicales. De la même manière, les institutions psychiatriques à l'écran, dirigées d'une main de fer par des psychiatres liberticides, apparaissent effrayantes et déshumanisées. Cette image est particulièrement représentée dans « *La fosse au serpents* » (Anatole Litvak, 1948), « *Lilith* » (Robert Rossen, 1964), « *Histoire de Paul* » (René Feret, 1974), « *Le jour des idiots* » (Barbet Schroeder, 1981), « *La fille de Trieste* » (Pasquale Campanile, 1982), « *37°2 le matin* » (Jean-Jacques Beineix, 1985), « *Quelques jours avec moi* » (Claude Sautet, 1988) ou encore « *Quills-la plume et le sang* » (Philip Kaufman, 2000), où le célèbre Marquis de Sade se voit privé de liberté mais aussi d'expression.

1.2.4.6. Le psychiatre allié du pouvoir

Par leur connaissance du psychisme humain, l'influence qu'ils peuvent avoir sur autrui ainsi que leur pouvoir de manipulation, les psychiatres sont l'objet de toutes les convoitises. Dans le sidérant « *Orange mécanique* » (Stanley Kubrick, 1971), les méthodes de conditionnement de Pavlov sont détournées pour tenter de guérir Alex, un jeune délinquant passionné par la 9ème symphonie de Beethoven, obsédé par le sexe et adepte de la violence. Dans le cadre d'un programme expérimental d'éradication de la délinquance, le jeune homme accepte de participer à une thérapie par aversion, consistant à une diffusion d'images violentes accompagnées de la symphonie de Beethoven en fond sonore. Après sa remise en liberté, il apparaît totalement inadapté et sans défense face au reste de la société. Échappant de peu à la mort, il se verra repris en charge par les institutions qui reconnaîtront que le traitement est un échec. Le message de Kubrick est redoutable : Alex représente au début du film « *l'homme à l'état naturel* », son traitement psychiatrique correspond au processus de civilisation et Alex se trouve touché par la « *névrose même de la civilisation qui est imposée à l'individu* ». La fin est néanmoins éprouvante, libéré de son emprise, l'individu retrouve sa violence et sa sauvagerie et paradoxalement, le spectateur est amené à ressentir un soulagement. [8]. Dans « *Dossier 51* » (Michel Deville, 1978), le psychiatre est utilisé par les services secrets étrangers pour espionner un haut fonctionnaire d'une multinationale, afin de percer à jour tous ses secrets. Disséquant ses faits et gestes, le corps médical révèle une homosexualité cachée. A force de manipulation et ne pouvant accepter cette révélation, l'homme se suicidera.

Ainsi, dans ces films, au lieu d'aider le patient à sortir vainqueur des traumatismes qui le hantent, le psychiatre manipulateur entraîne la chute du patient.

1.2.4.7. Le psychiatre fou

Les psychiatres paraissent plus enclins que les autres spécialistes à passer de l'autre côté de la barrière et à devenir "fou". Ainsi, l'image du psychiatre fou est devenue un véritable stéréotype pour le cinéma. L'origine de cette représentation se trouve dans l'expressionnisme allemand au début du XXème siècle avec « *Le cabinet du Docteur Caligari* » (Robert Wiene, 1919) suivi par « *Le Testament du Docteur Mabuse* » (Fritz Lang, 1932). « *The Mad Doctor* » (Tim Whelan, 1941) est un psychiatre qui assassine ses femmes pour en hériter. « *Le Corbeau* » (Henri-Georges Clouzot, 1943) nous révèle l'abomination d'un vieux psychiatre anonymographe, insensible à la mort, sous une apparence de médecin intègre et intelligent.

L'exemple le plus emblématique, nous le devons au maître du suspens dans « *La Maison du Docteur Edwardes* » (Alfred Hitchcock, 1945). Dans un asile psychiatrique, l'arrivée d'un nouveau directeur, le Dr Edwardes, suscite bien des interrogations de par son comportement étrange. La psychiatre Constance Peterson découvre que le fameux directeur n'est autre qu'un patient amnésique se faisant passer pour un médecin. L'héroïne décide de trouver la cause de l'amnésie partielle du faux Dr Edwardes et par la même occasion le laver de tout soupçon concernant le meurtre du vrai Dr Edwardes. Ainsi, Hitchcock nous offre un vrai chassé-croisé entre la notion de vrai psychiatre et de faux psychiatre. Cette idée est reprise dans « *La Toile d'araignée* » (Vincente Minnelli, 1955) où un patient finit par déclarer « *on ne peut distinguer les malades des docteurs* ». Ce fil narratif est poussé à l'extrême dans le récent « *Stonehearst Asylum* » (Brad Anderson, 2014), où un jeune diplômé de psychiatrie est employé dans un asile psychiatrique totalement isolé. Au fur et à mesure que l'intrigue avance, le psychiatre se rend compte que les médecins sont en fait les patients et qu'inversement les médecins sont devenus des patients aliénés et soumis à leurs propres méthodes barbares. Et si à la fin, on découvrait que ce jeune psychiatre n'était pas réellement médecin mais un patient en fuite, l'intrigue aurait-elle plus d'intérêt ?

1.2.4.8. La caricature du psychiatre

Le psychiatre apparaît comme un personnage récurrent au cinéma de telle sorte qu'il puisse incarner un personnage vraisemblable et donc réaliste pour le spectateur. Néanmoins, le psychiatre par ce qu'il représente, fait peur et pour exorciser cette peur, les cinéastes comiques se sont emparés du sujet. Ainsi, le médecin de l'asile psychiatrique où travaille Jerry, étudiant en médecine raté dans « *Jerry chez les cinoques* » (Frank Tashlin, 1964) et le psychiatre de « *Quoi de neuf Pussy Cat ?* » (Clive Donner, 1965) donnent une image grotesque et parodique de la profession à grands coups de courses-poursuites burlesques et d'aventures loufoques. Le cinéma se délecte de la folie et d'autant plus quand il s'agit de montrer le psychiatre comme étant un médecin plus atteint que ses patients. Dans « *Harvey* » (Henry Koster, 1950), le médecin est contaminé par le délire de son patient et noue une relation avec un lapin imaginaire de deux mètres se prénommant Harvey. Dans le pastiche des films à suspens, « *Le grand frisson* » (Mel Brooks, 1977), le Dr Thorndyke, célèbre prix Nobel de psychiatrie est nommé à la direction d'un asile psychiatrique mais doit faire face à de violentes crises d'anxiété. Au cours du film, son comportement seul suffira à le faire interner ! Le cinéma a de nombreuses fois tourné en dérision l'image du psychiatre ou du psychanalyste comme dans « *Trois sur un sofa* » (Jerry Lewis, 1966). « *Les secrets professionnels du Dr Apfelglück* » (Alessandro Capone, Stéphane Clavier, Mathias Ledoux, Hervé Palud, Thierry Lhermitte, 1990) relate les cas

les plus sérieux du Dr Apfelglück, éminent psychiatre mais filou et parodique, se servant de son pouvoir de psychanalyste pour envoûter ses patients. Cocasserie des situations, burlesque de ses anti-héros, cette journée chez le « psy » possède tous les ingrédients pour déclencher l'hilarité du spectateur.

Ainsi, à travers le cinéma, tous les ressorts sont utilisés pour montrer toutes les facettes du médecin psychiatre à l'écran.

1.2.5. Le médecin urgentiste

Dès lors que l'on aborde le thème du médecin urgentiste, la première image venant à l'esprit du patient-spectateur est la série télévisée « *Urgences* » (Michael Crichton, 1994-2009). Cette série fut une réelle révolution en terme de fictions médicales et a ouvert la voie à toutes les autres fictions médicales actuelles. Il nous a donc semblé important de faire un arrêt sur image sur ce phénomène médical mondial. En effet, cette série a considérablement marqué l'opinion populaire. Son succès est international : 35 millions de téléspectateurs aux États-Unis pour la première saison, 4 millions au Royaume-Uni, 5 millions en France et des audiences similaires dans plus de 60 pays [9]. Dans le lignée de leurs confrères de « *St-Elsewhere* », les médecins d'« *Urgences* » ne sont pas des super-héros mais des hommes comme les autres. La série nous montre les praticiens dans leur vie professionnelle aussi bien que dans leur vie personnelle. Avec le Dr John Carter, nous suivons sa formation médicale de son premier jour d'externat à ses premières années d'exercice à travers les méandres de la médecine d'urgence. Le caractère sériel joue dans ce cas précis un rôle fondamental; en effet, il permet au patient-spectateur de suivre le parcours initiatique du personnage central. La série par son réalisme, ancre les personnages dans le réel, ce qui les rend attachants aux yeux du patient-spectateur; ce dernier ne voit pas à l'écran des stéréotypes mais des hommes et des femmes ordinaires, guère différents des médecins côtoyés dans la vraie vie voire de sa propre personne. Cette série tire sa force de son réalisme, réalisme des personnages mais aussi de l'environnement et des situations. En effet, elle nous montre des urgentistes débordés, s'occupant de plusieurs patients en même temps. Cependant, dans un souci de dramaturgie, nous pouvons constater que la gravité des pathologies voire leurs caractères rarissimes est une entorse à la réalité même si cela ne semble pas déplaire au patient-spectateur.

Après « *Urgences* », d'autres séries télévisées ont investi le service des urgences comme « *Trauma* » (Dario Scardapane, 2009-2010). Cette série nous offre l'image

des médecins de l'extrême, arrivant par hélicoptère, bateau ou voiture sur le terrain pour administrer les premiers secours. Leur but ultime : sauver des vies !

Les séries françaises ont elles-aussi mis en scène des médecins urgentistes ou apparentés. La série « *Médecins de nuit* » (Bernard Kouchner, 1978-1986), représente le quotidien de jeunes médecins parisiens, membres d'une structure précurseur de « SOS médecin ». Les médecins ainsi que les situations sont retranscrits à l'écran sous un angle réaliste. Dans le même esprit, « *Équipe médicale d'urgence* » (Isabelle Sebastian, 2006-2010) montre la vie quotidienne d'une équipe du SAMU de Paris à travers des médecins, infirmiers, ambulanciers et les permanenciers rattachés à ce service d'urgence.

1.3. La femme médecin

Des déesses gréco-romaines, telle *Hygie* (déesse de la santé), *Panacée* (déesse de la médecine) ou encore *Artémis* (déesse des enfants) à la féminisation actuelle de la profession, en passant par les sorcières traînées sur le bûcher au Moyen-Age et les pionnières du XIXème siècle, l'évolution de la place de la femme en tant que médecin s'est révélée laborieuse et semée d'obstacles. Et le cinéma s'est délecté de mettre cette aventure en images en mouvement.

1.3.1. Femme-médecin mais avant tout femme-objet !

Bien que rares, certains films ont incarné des femmes médecins. Malheureusement, l'image renvoyée est dégradante puisque le seul intérêt de mettre en scène une femme dans cette profession, est de se servir avec démesure, des fantasmes et désirs suscités chez le spectateur-homme. Ainsi, la femme-médecin n'apparaît pas comme un professionnel compétent mais comme un objet de fantasmes inépuisable. La sociologue Eva Flicker, spécialisée dans la sociologie de la communication considérait même que, la plupart des films mettant en scène des femmes-médecins pouvaient tous porter le même slogan : « *Entre le cerveau et les seins* » [8]. Toutes les occasions sont bonnes pour dévoiler la plastique parfaite et les charmes de cette praticienne. Cette prise de position est illustrée dans la trilogie « *La toubib du régiment* » (Nando Cicero, 1976), « *La toubib aux grandes manœuvres* » (Nando Cicero, 1977) et « *La toubib prend du galon* » (Nando Cicero, 1978) qui mettent en scène les mésaventures d'une jeune médecin, basée dans un hôpital militaire et devant faire face aux frasques et situations scabreuses en tout genre. L'objectif est d'accroître au maximum l'aura érotique de la femme-médecin, les affiches de films

y contribuant largement. Ce concept sera repris par l'industrie pornographique à plusieurs reprises, permettant de véhiculer cette image avilissante comme dans « *La doctoresse a des gros seins* » (John Love, 1985) où la praticienne déambule dans l'hôpital vêtue d'un corset sexy et de porte-jarretelles blancs.

Lorsque la femme-médecin n'incarne par un objet sexuel, elle se doit d'agir en femme soumise et obéissante. Les cinéastes ont particulièrement mis en scène la difficulté pour une femme de concilier sa vie personnelle et sa vie de médecin, contrairement aux médecins masculins. La vie privée des femmes apparaît donc plus complexe aux yeux de la caméra que celle de leurs conjoints et les femmes sont donc prises au piège : le dilemme entre l'amour et la vocation. La première femme-médecin cinématographique est observée dans « *Max et la doctoresse* » (Max Linder, 1909). Max tombe amoureux du médecin qu'il consulte pour une grippe, l'épouse mais la profession de cette dernière est plus qu'accaparante ce qui contrarie notre jeune Dandy. Le jour où Max voit sa femme "coller" son oreille contre le dos d'un patient pour écouter ses poumons signe le point de non retour, ce rapprochement est intolérable. Sa femme se doit de dire adieu à sa carrière pour une vie bien plus acceptable de femme au foyer. Il en est de même dans « *La Doctoresse* » (Georges Monca, 1910) qui relate le choix d'une femme entre son mari, se sentant délaissé par son épouse, et sa profession. Le même fil narratif sera utilisé bien des fois au cinéma mais dans des œuvres plus récentes comme dans « *Woman Doctor* » (Sidney Salkow, 1939) qui retrace l'histoire d'une femme-chirurgien complètement aux prises par son travail à l'hôpital et qui délaisse son mari ayant trouvé du réconfort dans les bras d'une autre femme. La encore, la fin annonce l'abandon de la profession pour le bien-être familial.

Cependant, certains films nous montrent des femmes qui résistent à cette soumission masculine. « *L'amour d'une femme* » (Jean Gremillon, 1953) offre une conclusion surprenante pour l'époque. Le Dr Marie Prieur, installée et bien acceptée par la population de l'île d'Ouessant, rencontre l'amour sous les traits d'un jeune ingénieur italien qui lui demande de renoncer à sa vocation pour l'épouser. Contre toute attente, elle choisira la profession qui la passionne et s'enfermera dans la solitude.

1.3.2. La femme-médecin combative

A côté des représentations superficielles de la femme-médecin vues précédemment, siège l'image de ces femmes-médecins présentant une grande force de caractère et ne reculant devant rien pour se faire une place dans une profession largement misogyne.

La femme-médecin y est donc décrite comme une héroïne positive, combative, forte, déterminée, indépendante et humaine.

Le premier combat que la femme a dû mener est le droit d'accéder à la faculté de médecine, fermée à tout élément féminin jusqu'au XIX^{ème} siècle. La société de l'époque ne pouvait admettre qu'une femme ait accès aux secrets du corps humain ; cette idée semblait inconcevable et immorale. La pratique du médecin, examinant des corps dévêtus, était considérée indécente pour une femme. On ne peut aujourd'hui imaginer le courage de ces femmes ainsi que les obstacles qu'elles ont dû franchir pour aboutir à l'exercice de la médecine. Le cinéma rend hommage à ces pionnières à la vocation farouchement ancrée. « *The girl in white* » (John Sturges, 1952) retrace authentiquement le combat d'Emily Barringer, première femme à être autorisée en 1902 à passer les concours médicaux, jusque-là réservés aux hommes. L'histoire d'Elizabeth Blackwell, première femme à accéder au grade de médecin et première femme-médecin inscrite à l'ordre des médecins britanniques, nous est évoquée dans « *The Blackwell Story* » (James Neilson, 1957). Révoltée par le peu d'égard de ces confrères masculins pour la gente féminine et la quasi-impossibilité d'obtenir une formation médicale de qualité pour le "sexe faible", elle ouvrira le premier établissement destiné à l'étude de la médecine pour les femmes (The "*London School of Medicine for Women*"). « *Catherine Courage* » (Jacques Duquesne, 1993) dépeint la vie et le combat de Catherine Coijebeur, pour devenir médecin. D'origine modeste et femme de surcroît, elle se voit fermer les portes de la faculté de médecine. Lors de la répression d'une grève, un enfant touché par balle et mutilé meurt dans ses bras. Catherine, enragée de n'avoir pu aider cet enfant, jure qu'elle sera médecin par n'importe quel moyen et quoique qu'il lui en coûte. Sa route sera semée d'embûches, elle devra travailler plus que les hommes, faire ses preuves lors des séances de dissections, faire face à la réprobation et aux tentatives d'intimidations pour atteindre son but et devenir un médecin prestigieux et reconnu.

D'autres femmes ont cherché des subterfuges pour exercer la profession de médecin malgré les interdits relatifs à leur sexe, c'est le cas du Dr James Miranda Barry au XIX^{ème} siècle. Ce médecin officia dans l'armée britannique pendant 45 ans alors qu'il s'agissait en réalité d'une femme, sa véritable personnalité ne sera découverte qu'à sa mort. C'est son histoire que relate « *Heaven & Earth* » (Marleen Gorris, 2012).

Une fois le droit aux études acquis, la femme-médecin dut reprendre les armes pour tenter d'acquérir la reconnaissance de la société. Au début du siècle, les patients ne se précipitaient pas auprès des femmes médecins. Elles sont parfois contraintes pour vivre

d'accepter des besoins plus obscures, piqûres ou pansements que leurs confrères hommes ne réalisent pas. Dans « *On ne triche pas avec la vie* » (René Delacroix et Paul Vandenberghe, 1949), le Dr Louise, jeune médecin à la campagne, est en butte aux pratiques traditionnelles et aux guérisseurs auxquelles s'ajoutent les *a priori* machistes de la population sur ces compétences médicales en tant que femme-médecin. De la même manière, dans « *Mary Stevens MD.* » (Lloyd Bacon, 1933), la jeune pédiatre doit faire face à de nombreux patients refusant d'être soignés par une femme. Dans « *Une étrangère dans la ville* » (Mervyn Leroy, 1955), le Dr Julia Winslow Garth tente d'imposer ses méthodes nouvelles comme les stéthoscopes ou les antibiotiques à la population de Santa Fe, population réticente aux innovations et hostile à l'arrivée d'une femme-médecin. Certains patients préféreront même consulter un homme vétérinaire pour leur problème de santé qu'une femme docteur en médecine, dans « *Le confident de ces dames* » (Jean Boyer, 1959). Ce film illustre majestueusement le fait qu'un homme vétérinaire semble plus doué pour soigner les êtres humains qu'une femme-médecin. La seule femme-médecin qui trouve du crédit aux yeux du public est sans conteste Soeur Angèle dans « *Le Secret de Soeur Angèle* » (Léo Joannon, 1955) qui nous montre une religieuse, docteur en médecine, humaniste et spiritualiste qui protégera un assassin.

Une fois reconnue socialement, les femmes-médecins aspirent au succès et au respect au même titre que les hommes. La femme-médecin est donc représentée sous les traits d'une personne qui s'est construit une forme de carapace pour résister aux attaques et assumer un rôle d'homme. Le Dr Françoise Gaillard est l'incarnation de la réussite dans « *Le docteur Françoise Gaillard* » (Jean-Louis Bertucelli, 1975). Chef de service d'un grand hôpital, elle sait faire preuve de compassion et d'humanité envers ses patients mais sait se montrer exigeante voire autoritaire avec son personnel et ses collègues. Passionnée par son métier, sa vie est consacrée à la médecine, au point de délaisser sa famille : elle trompe son mari et échoue dans son rôle de mère (son fils est un jeune délinquant en manque d'affection et sa fille tombe enceinte à 18 ans). Dans sa vie, seule sa carrière a de l'importance mais tout sera remis en question lors d'un contrôle médical de routine où le médecin apprend qu'elle est atteinte d'un cancer du poumon.

Un autre exemple de la réussite sociale d'une femme-médecin est donnée par « *Et la vie et les larmes et l'amour* » (Nikolai Goubenko, 1983). Le Dr Dmitrievna est le nouveau médecin chef de la maison de retraite et est bien décidé à changer agréablement la vie des pensionnaires de cette vétuste maison qu'elle dirige. Malgré son statut de responsable, elle n'aura de cesse d'écouter, de sourire et de comprendre, pour redonner

confiance à tous les résidents. La femme-médecin semble symboliser l'image du médecin humain par excellence.

1.3.3. La femme-médecin sur tous les fronts

Lorsque la femme apparaît à l'écran, c'est souvent pour servir une intrigue sentimentale, cette règle n'échappe pas à la femme-médecin se retrouvant souvent au cœur de grandes romances. De nombreuses femmes-médecins connaîtront des aventures avec leurs patients, bien qu'interdites par le code de déontologie, comme dans « *Le hasard et la violence* » (Philippe Labro, 1974) ou « *J'ai horreur de l'amour* » (Laurence Ferreira Barbosa, 1997). « *Hôtel des Amériques* » (André Téchiné, 1981) relate les problèmes amoureux d'une anesthésiste interprétée par Catherine Deneuve. Brillante chirurgienne cardio-thoracique, le Dr Maggie Rice tombe amoureuse d'un ange-gardien, qui renoncera à ses pouvoirs et à son immortalité pour que puisse vivre cet amour dans « *La cité des anges* » (Brad Silberling, 1998). Dans « *Mary à tout prix* » (Bobby et Peter Farrelly, 1998), Cameron Diaz campe le rôle d'une jeune chirurgienne orthopédique, la trentaine, belle et brillante, semant inconsciemment un vent de folie dans la population masculine qui l'entoure. Dans cette comédie relativement triviale, la profession sert uniquement de témoin à la réussite sociale de la protagoniste et apporte un impact supplémentaire à ses mésaventures sentimentales.

La romance, néanmoins, est loin d'être le seul genre cinématographique où les femmes-médecins se sont imposées. La femme-médecin, de par son humanité et son dévouement, trouve sa place dans la médecine humanitaire, comme le Dr Cartwright dans « *La frontière chinoise* » (John Ford, 1965) sacrifiant sa vertu pour sauver ses compagnes, comme la cancérologue pédiatrique dans « *Apparitions* » (Tom Shadyac, 2002) protégeant son enfant par-delà la mort ou encore le Dr Kendriks dans « *Les Larmes du Soleil* » (Antoine Fuqua, 2003), refusant d'abandonner les villageois à leur triste sort en pleine guerre civile.

Certaines femmes se feront l'emblème d'une cause qu'elles jugent juste comme le Dr Claude Sauvage, militante pour l'IVG et se battant pour la liberté des femmes dans « *Le journal d'une femme en blanc* » (Claude Autant-Lara, 1965).

Des femmes-médecins sont amenées à participer à des aventures qu'elles n'auraient jamais pu imaginer. Elles se retrouvent souvent partie prenante d'une enquête policière, notamment pour leur qualité en psychologie humaine comme dans « *Fréquence meurtre* » (Elizabeth Rappeneau, 1988). Elles peuvent être confrontées à de véritables conspirations médicales dans « *Morts Suspectes* » (Michael Crichton, 1978) ou à des sociétés secrètes dans « *Anatomie I et II* » (Stefan Ruzowitzky, 2001-2003). Dans « *Le démon dans l'île* »

(Francis Leroi, 1982), le Dr Gabrielle Martin se retrouve obligée de faire face aux agissements très étranges d'un maléfique confrère, médecin sans clientèle, qui manipule un enfant doué de pouvoirs surnaturels.

Enfin, la femme-médecin peut revêtir, quoique très rarement, le costume d'une femme-médecin démoniaque. Le Dr Katz, terrifiante neurologue, dans « *Le secret de Veronika Voss* » (Reiner Werner Fassbinder, 1981), est à la tête d'une machination diabolique. Elle fournit en morphine des patients fortunés, les rendant délibérément *addicts*, après leur avoir fait signer un testament en sa faveur. Menacée, elle n'hésitera pas à pousser au suicide une de ses patientes.

1.3.4. La femme-médecin à la télévision

La femme-médecin télévisuelle connut une évolution similaire à sa consœur cinématographique. Quelques figures emblématiques du petit écran ont marqué les esprits. Impossible d'évoquer l'image de la femme-médecin dans les fictions télévisuelles sans aborder « *Dr Quinn, femme médecin* » (Beth Sullivan, 1993-1998), emblème féministe de toute une génération. Cette série retrace l'histoire d'une femme-médecin généraliste au Far West parmi les *cowboys* et les Indiens. La courageuse généraliste aux talents de chirurgienne et aux vertus de guérisseuse, d'origine bourgeoise, affronte les *a priori* et la misogynie des hommes de l'époque pour se faire respecter en tant que praticienne compétente. Médecin idéalisée et sans faille, le Dr Quinn parvient à s'imposer en terre hostile, véhiculant ainsi l'image d'une femme battante et déterminée à braver tous les tourments pour parvenir à ses fins. L'image de la femme-médecin déterminée atteint son paroxysme dans la série « *Urgences* », mettant sur le devant de la scène des femmes-médecins réalistes et exerçant sur un pied d'égalité avec leurs confrères hommes. « *Grey's Anatomy* » poursuit dans le même esprit. Preuve de l'acceptation de la féminisation de la profession, la série porte le nom du personnage principal qui n'est autre qu'une femme : le Dr Meredith Grey. Même si les femmes-médecins deviennent grâce aux fictions médicales télévisuelles l'égal des hommes-médecins, les femmes-médecins continuent à exercer leur pouvoir de séduction au petit écran. Ainsi, les héroïnes de la clinique de St Tropez dans « *Sous le soleil* » (Olivier Brémond et Pascal Breton, 1995-2008) brillent plus par leur plastique parfaite de mannequin et par leurs aventures sentimentales que par leurs compétences médicales. Exception faite de ces femmes-médecins "*top model*", les femmes fortes dominant largement le paysage médical télévisuel. Elles sont même parvenues à faire oublier leur appartenance au "sexe faible" ce qui relève de l'exploit au vu des débuts plus que difficiles dans la profession !

Ainsi, nous avons pu voir que l'évolution de la femme-médecin à l'écran cinématographique et télévisuel suit son évolution dans la société. La femme-médecin est présente partout, dans tous les styles cinématographiques, sur tous les continents et occupe des postes à responsabilité au même titre que les hommes.

1.4. Le médecin engagé, éthique et déontologique

1.4.1. Le médecin éthique

De nombreux thèmes éthiques sont fréquemment évoqués au cinéma; certains ont donné lieu à des débats publics passionnés, d'autres à une intervention du législateur. Au cinéma, le médecin n'hésite pas à prendre position dans ces grands débats éthiques.

1.4.1.1. Le défenseur des idées éthiques

Les médecins à l'écran incarnent des Hommes aux opinions tranchées et n'hésitent pas à prendre les armes pour défendre les causes qui leur paraissent justes et droites. Trois grandes idées éthiques suscitent la ferveur des médecins de fiction : l'accouchement sans douleur, le droit à l'avortement et l'euthanasie.

1.4.1.1.1. Le médecin accoucheur

Deux médecins se sont illustrés à l'écran comme fervents défenseurs de l'accouchement sans douleur : le Dr Valeri, jeune médecin italien dans « *Le moment le plus beau* » (Luciano Emmer, 1957) et le Dr Laurent dans « *Le cas du Dr Laurent* » (Jean-Paul Le Chamois, 1956). Ce dernier mérite une attention toute particulière de par son impact cinématographique et sa répercussion sur le public lors de sa sortie dans les salles. « *Tu enfanteras dans la douleur* », c'est contre cette malédiction biblique ancestrale que le Dr Laurent, médecin d'un petit village, concentre tous ses efforts. Partisan de la récente méthode "*psychoprophylactique*", fondée sur les principes de conditionnement et déconditionnement de Pavlov, le médecin doit lutter contre le doute et l'ignorance. Jean Gabin prête son talent et sa tranquille autorité au personnage à travers ce film courageux et militant. Le médecin devient alors le libérateur des femmes en réduisant à néant la condamnation biblique annoncée lors de l'accouchement.

1.4.1.1.2. Le médecin-avorteur

Formellement interdit par la loi dès les années 20, la pratique de l'avortement était considérée comme un homicide et quiconque se livrait à cette pratique, médecin ou autre d'ailleurs, risquait la peine capitale. Cette époque fut propice à l'avènement d'avortements clandestins sans respect des conditions d'hygiène et responsables d'un taux de mortalité impressionnant. La loi Veil, promulguée en 1975, légalisera l'IVG mais les débats de société perdureront bien après... Au cinéma, l'image du médecin-avorteur est complexe et subit une évolution concomitante à celle du statut de l'avortement dans la société. Bien que sujet tabou, le cinéma n'a pas hésité, dès le début du siècle, à mettre en scène des femmes ayant recours à l'avortement. Il faut néanmoins souligner que le destin de ces femmes est loin d'être réjouissant; en effet, presque toutes succomberont dans les suites de cette pratique jugée à l'époque démoniaque et satanique. Les exemples cinématographiques de ces femmes damnées ne manquent pas. Dans « *Les hommes en blanc* » (Ralph Habib, 1955), une élève infirmière, enceinte d'un jeune interne, interprété par Clark Gable, meurt de complications infectieuses. Dans « *L'éternelle victime* » (Léopold Biberti et Marina Rainer, 1947), la jeune femme décède entre les mains du médecin, son propre père en l'occurrence. Certains médecins refusent de pratiquer l'avortement, d'autres demandent des sommes d'argent astronomiques pour le réaliser. Cette dualité est bien représentée dans « *The case of Patty Smith* » (Leo A. Handel, 1962) qui relate l'histoire d'une jeune femme enceinte d'un viol, obligée de se faire avorter clandestinement, en raison du refus de l'avortement par le corps médical. Dans « *Amok* » (Joël Farges, 1939), un médecin installé dans la campagne indienne, refuse de pratiquer un avortement sur un femme adultère dont il tombe amoureux. Malheureusement, cette femme se fera avorter par une villageoise indienne et le paiera de sa vie. Certains médecins prennent le parti pris de l'hypocrisie, c'est le cas du Dr Carlille, député-médecin qui pratique, dans le secret de son cabinet, les avortements qu'il condamne du haut de l'Assemblée Nationale, dans « *Un linceul n'a pas de poche* » (Jean-Pierre Mocky, 1974). D'autres voient leur réputation ternie par des accusations de pratique d'avortement clandestin. Dans « *Le Corbeau* » (Henri-Georges Clouzot, 1943), le brave Dr Germain se trouve accusé d'être un avorteur. L'accusation se révélera fausse mais le coup porté aura des répercussions sur la patientèle (« *Avec les bruits qui courent, on a beau savoir que ce sont des mensonges ...* »). Un médecin, dénoncé de pratique illégale d'avortement, par lettre anonyme, est poursuivi dans « *Les Mauvaises rencontres* » (Alexandre Astruc, 1955). D'autres médecins décident, cependant, de se mettre en marge de la légalité en pratiquant l'avortement. Leur histoire inspira le septième art, s'invitant de plein pied dans ce débat brûlant. Ces médecins sont identifiés comme de vrais criminels, s'élevant au rang des "*serial-killer*". Le premier

médecin-avorteur cinématographique se retrouve accusé comme un vulgaire criminel, dans « *Where are my children ?* » (Lois Weber et Phil Smalley, 1916). « *Un carnet de bal* » (Julien Duvivier, 1937) nous dépeint un médecin déchu, véreux, borgne, alcoolique et de surcroît avorteur par profit. Certains médecins portent le passé d'avorteur comme fardeau, tel le Dr Linz dans « *L'assassin habite au 21* » (Henri-Georges Clouzot, 1942) ou le Dr Schneider dans « *Histoire de détective* » (William Wyler, 1951) qui se fera brutaliser par l'intransigeant inspecteur McLeod, vouant une haine sans nom aux médecins avorteurs. Le médecin-avorteur est désigné ouvertement comme un être diabolique dans « *La vie normale* » (André Carpack, 1966). Ce film constitue un violent plaidoyer contre l'avortement en le comparant radicalement avec la cruauté des actes nazis.

Avant la promulgation de la loi Veil, les médecins-avorteurs à l'écran apparaissent comme moralisateurs, incompetents ou meurtriers, et le cinéma véhicule la notion d'avertissement à tous les médecins voulant défier les lois et règles établies. Ainsi, aucun film ne met en scène des médecins choisissant d'effectuer cet acte par compassion envers leurs patientes, exception faite de Claude Sauvage, interne en gynécologie dans « *Le Journal d'une femme en blanc* » (Claude Autan-Lara, 1965), particulièrement touchée par la mort d'une jeune femme suite à un avortement clandestin. Elle décidera alors de se battre pour accorder ce droit aux femmes. Son combat continue dans « *Le nouveau journal d'une femme en blanc : une femme en blanc se révolte* » (Claude Autan-Lara, 1966), où elle décide de pratiquer un avortement sur une institutrice ayant contracté la rubéole pendant sa grossesse. Elle n'hésitera pas à risquer sa carrière voire sa liberté (en effet, suite à une dénonciation, elle est condamnée à la prison) pour aider ses patientes.

« *O tempora, O mores* » Quand le Dr Bruno Sachs pratique l'IVG, dans une clinique privée dans « *La Maladie de Sachs* » (Michel Deville, 1999), cela ne lui est pas reproché par sa patientèle. Bien au contraire, il en ressort une image du médecin encore plus humain et suscite respect et sympathie du spectateur.

1.4.1.1.3. Le médecin et l'euthanasie

A la fin du XXème siècle, la pratique de l'euthanasie est interdite en France par la loi. Elle semble l'être également à l'écran tant sont rares les films qui traitent de ce sujet. Ainsi, le cinéma décide d'aborder en superficie voire de passer sous silence une démarche, certes interdite, mais qui n'en est pas moins pratiquée, par de nombreux médecins. A l'opposé de la représentation du médecin-avorteur criminel, le médecin ayant recours à l'euthanasie acquiert une image positive plus humaine, un médecin faisant passer le bien-être de

ses patients au premier plan. Le premier film qui aborde le thème de l'euthanasie est « *Before I hang* » (Nick Grinde, 1940) qui met en scène le Dr Garth résolu à euthanasier un patient hyperalgique, suite à des injections expérimentales ratées de sérum de jeunesse. Dans un autre registre, James Stewart dans « *Sous le plus grand chapiteau du monde* » (Cecil B. de Mille, 1952) est un médecin contraint de se déguiser en clown pour échapper à la police qui le recherche pour crime d'euthanasie sur sa femme malade. D'autres films mettent en scène des médecins qui ne reculent pas devant l'euthanasie pour abrégé les souffrances de leur proche : il s'agit de la femme de Fernandel, atteinte d'un cancer dans « *Meurtres* » (Richard Poitiers, 1950), un ami d'enfance atteint de la maladie de Hodgkin dans « *Le Buisson ardent* » (Daniel Petrie, 1959) ou des soldats anonymes blessés et agonisant sur le champs d'honneur dans « *Il faut sauver le soldat Ryan* » (Steven Spielberg, 1998).

Cependant, les médecins pratiquant l'euthanasie active sont amenés à siéger, de la même manière que les médecins-avorteurs sur le banc des accusés. Dans « *Cran d'arrêt* » (Yves Boisset, 1969), un médecin est emprisonné pour affaire d'euthanasie. A sa sortie de prison, c'est un homme brisé et déchu, qui ne retrouvera goût à la vie qu'en prenant en charge un jeune homme alcoolique. « *Justice est faite* » (André Cayatte, 1950) relate le procès d'une jeune médecin ayant pratiqué l'euthanasie sur la personne de son amant souffrant d'une maladie incurable. Le débat entre jurés consiste à comprendre si la praticienne a tué pour mettre fin à la souffrance d'un malade ou par simple intérêt personnel. Ce film prouve alors que l'euthanasie soulève encore l'opinion publique et ne fait pas l'unanimité. Dans « *Un soir sur la plage* » (Michel Boisrond, 1980), une femme supposée malade mentale est retrouvée morte dans le parc; le médecin de famille est accusé à tort d'euthanasie. Mais dans ce cas précis, ce n'est pas une malade en phase terminale ou en proie à d'insoutenables douleurs qui est éliminée mais une personne aux comportements dérangeants pour la société. Certains médecins vont néanmoins se révolter face à cette pratique comme le Dr Pallido, médecin plein d'espoir et s'opposant de toutes ses forces aux demandes incessantes de "mort assistée" d'une jeune toxicomane dans « *La Belle endormie* » (Marco Bellochio, 2013).

Malgré cela, il ne semble pas nécessaire, du moins à l'écran d'être médecin pour pratiquer l'euthanasie. Ce qui frappe souvent le spectateur, c'est même l'absence totale de médecin quand ce sujet est abordé, comme si le médecin n'était pas compétent en la matière. Ainsi l'euthanasie est réalisée par le patient lui-même dans « *Mar Adentro* » (Alejandro Amenábar, 2005), par l'entraîneur de boxe dans « *Million Dollar Baby* » (Clint Eastwood, 2005) et par le mari dans « *Amour* » (Michael Haneke, 2012).

La télévision nous a offert récemment « *La vérité sur Jack* » (Barry Levinson, 2011) téléfilm inspiré de faits réels, relatant la vie de Jack Kevorkian, plus connu sous le pseudonyme de *Dr Death*, pionnier de l'euthanasie. Le Dr Kevorkian interprété par Al Pacino, commence à pratiquer le "suicide assisté" sur des patients en phase terminale en fabriquant un appareil permettant au patient de déclencher lui-même une injection létale. Filmant ses patients évoquant leur besoin de mettre fin à leurs jours, il échappe ainsi à la prison, rendant service aux malades en souffrance. Cependant, souhaitant pousser le débat plus loin, il finit par injecter lui-même les substances létales à un patient. Son geste est médiatisé par un reportage de l'émission télévisée *60 Minutes*. Un nouveau procès s'engage, qu'il perd cette fois. Il est condamné à plusieurs années de prison et est libéré au bout de huit ans.

Derrière le débat de l'euthanasie au sens actif du terme, se cache d'autres problèmes éthiques tel que l'acharnement thérapeutique, l'abstention thérapeutique ou euthanasie passive et les soins palliatifs.

1.4.1.1.4. Le médecin et le débat opposant acharnement thérapeutique et abstention thérapeutique

L'acharnement thérapeutique, déraisonnable et inhumain, est mis en lumière par le manifeste « *Johnny s'en va-t-en guerre* » (Dalton Trumbo, 1971) qui nous montre le sort réservé au jeune Joe, gravement blessé par un obus lors de la première guerre mondiale. Amputé des quatre membres, aveugle, sourd, privé d'odorat mais capable de pensée et de réflexion, ce jeune soldat est maintenu en vie pour la seule nécessité d'expérimentation des médecins inhumains. Lorsque le personnel médical comprend que son âme et son être sont intacts sous ce corps en apparence décédé, ils doivent prendre une décision médicale et répondre à la demande incessante du patient : le droit de mourir dans la dignité. Mais les médecins, montrés sous un jour détestable, refusent cette possibilité et préfèrent s'acharner sur le patient même après avoir pris conscience de la torture mentale dont il est victime.

Dans « *C'est ma vie après tout !* » (John Badham, 1981), Ken Harrison, sculpteur, se retrouve tétraplégique à la suite d'un accident. Conscient de son état immobile, enfermé dans son corps comme dans une prison de chair, il souhaite mourir dans la dignité et demande pour cela, au corps médical de stopper notamment les dialyses indispensables à sa survie. La question de l'abstention thérapeutique ou encore de l'euthanasie passive est alors posée. Le patient va alors s'opposer au Dr Emerson, fervent défenseur de la vie à tout prix et refusant de manière inflexible la proposition de cet homme. Le film retrace

la "danse" qui oppose ces deux idéologies et ces deux façons de voir la vie : vie inconcevable voire cruelle pour le patient et vie à préserver envers et contre tout, en surmontant le handicap pour le médecin. Ce film fait écho au témoignage de Vincent Humbert, *Je vous demande le droit de mourir*.

1.4.1.1.5. Le médecin et les soins palliatifs

Les scénaristes ne semblent pas inspirés par le domaine des soins palliatifs. En effet, lorsqu'ils sont abordés au cinéma, ce n'est que pour apporter une dimension encore plus dramatique à l'intrigue. Néanmoins, cela permet de remarquer l'évolution de ce savoir-faire aux cours des générations. Les soins palliatifs proposent une aide indispensable aux patients en fin de vie. Ainsi, le Dr Sachs dans « *La maladie de Sachs* » (Michel Deville, 1999) soigne ses patients en fin de vie à domicile. Le Dr Landon dans « *Magnolia* » (Paul Thomas Andersen, 1999) n'hésite pas à prescrire de la morphine à un de ses patients mourants pour le soulager. Ce film, malgré les sujets noirs qu'il aborde, est une ode à l'espoir et à la vie. « *Magnolia* est un film sur la tristesse et le deuil, sur l'amertume de la vie, sur les enfants maltraités et les adultes qui s'auto-détruisent. Comme le narrateur nous le dit vers la fin : "Même si nous en avons fini avec le passé, le passé lui, n'en a pas fini avec nous". Dans ce naufrage commun, il y a deux personnages, un policier et un soignant, qui font ce qu'ils peuvent pour offrir de l'aide, de l'espoir et de l'amour. » [11].

Ainsi, à travers le droit de mourir digne, le médecin à l'écran met en relief toutes les interrogations de la société et soulève la difficulté de prendre position dans un débat aussi complexe que celui de la fin de vie.

1.4.1.2. Le médecin et la transgression déontologique

Bien que le médecin, en digne successeur d'Hippocrate, se doit de respecter le code de déontologie, certains n'hésitent pas franchir les limites de la déontologie médicale.

Le secret médical est le fondement même de la profession de médecin. Cependant, il est régulièrement bafoué, dans la réalité comme dans la fiction. Le médecin dans « *Le Viager* » (Pierre Tchernia, 1971) trahi le secret médical pour des raisons immobilières et financières. Dans « *La vie d'un homme honnête* » (Sacha Guitry, 1952), le médecin de famille révèle à la société la substitution d'identité d'un frère à la mort de son jumeau. Même fil narratif dans « *The Secret Life of Words* » (Isabel Coixet, 2005), où le médecin révèle le lourd passé d'une patiente à son ami. Dans ces fictions, le médecin outrage sans scrupule le serment d'Hippocrate « *Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas*

ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés. »

De plus, le médecin ne doit en aucun cas mentir à son patient, ce qui n'est bien évidemment pas toujours le cas... Dans « *On murmure dans la ville* » (Joseph L. Mankiewicz, 1952), le Dr Praetorius manque d'honnêteté à l'égard de sa patiente en prétextant une fausse couche non réelle. Dans « *Homme, Femme Mode d'emploi* » (Claude Lelouch, 1996), une femme médecin fait croire à son ancien amant, en falsifiant des résultats d'exams, qu'il est atteint d'une pathologie incurable, et le tout pour assouvir une simple vengeance personnelle. Même falsification dans « *Ripley's Game* » (Liliana Cavani, 2002). Au-delà du non respect de la déontologie médicale, il s'agit ici de surcroît, du recours par le médecin de « faux et usage de faux » à des fins personnelles, ce qui est répréhensible par la justice.

Enfin, l'échec ou l'erreur médicale peuvent être considérés, par le patient, comme une sorte de non respect de l'éthique médicale, même si « *le médecin n'est pas tenu vis-à-vis du malade par une obligation de résultat mais par une obligation de moyens.* » [12]. Ainsi, dans « *Oeil pour œil* » (André Cayatte, 1956), un Libanais, persuadé que le médecin est responsable de la mort de sa femme, entraîne ce dernier dans le désert pour lui faire subir une mort atroce.

Ainsi, malgré l'image intemporelle de médecin respectable, certains médecins outre-passent sans hésitation le fondement éthique de la médecine.

1.4.2. Une autre façon de s'engager : le médecin homme politique

La médecine et la politique font toujours bon ménage au cinéma. En effet, le médecin incarne une autorité rassurante, à laquelle on obéit, car il représente un savoir et un pouvoir naturel. Ce personnage a donc été largement utilisé pour symboliser un pouvoir politique, qu'il s'agisse de le louer ou de le blâmer.

Dans quelques cas, le médecin apparaît comme un véritable militant et l'exemple le plus emblématique n'est autre que Che Guevara. Ernesto Guevara, avant d'être le légendaire révolutionnaire, exerçait en Amérique Latine la profession de médecin. « *Carnets de voyage* » (Walter Salles, 2004) relate le périple en Amérique du Sud de l'étudiant en médecine âgé de 23 ans et du biochimiste Alberto Granado. Le jeune Ernesto est confronté à la misère de ces concitoyens, au rude traitement infligé aux mineurs et côtoie les lépreux sur l'île de San Pablo. Ce voyage de 9 mois transformera profondément le jeune médecin en un fervent défenseur de la politique communiste, tout en considérant que la médecine sociale préventive ainsi que le médecin constituent la pierre angulaire à la transformation révolutionnaire de la société socialiste. Il devient alors l'emblème

d'une révolution. « *Le Che, 1ère partie : l'Argentin* » (Steven Soderbergh, 2008) et « *Le Che 2ème partie : Guerilla* » (Steven Soderbergh, 2008) racontent la tranche de vie du Che au contact de Fidel Castro dans la lutte armée. Même si cette dernière adaptation cinématographique ne fait que peu état du statut médical du révolutionnaire, sa profession a néanmoins contribué à forger le symbole et le héros populaire qu'incarne encore aujourd'hui le "Che".

D'autres médecins, en tant que figures publiques, ont tenté de s'impliquer en politique tel le Pr Alexis, candidat à la présidence de l'Europe dans « *Le Déjeuner sur l'herbe* » (Jean Renoir, 1959) ou candidat aux élections municipales pour le Dr Peyrac dans « *Il n'y a pas de fumée sans feu* » (André Cayatte, 1973) ou le Dr Féret dans « *Les Chiens* » (Alain Jessua, 1979).

Souvent le médecin est pris à parti dans les trémulations politiques contre son gré, notamment en zone de conflit. Dans « *Cas de conscience* » (Richard Brooks, 1950), le Dr Ferguson et son épouse, en vacances en Amérique Latine, sont enlevés. Le dictateur local, condamné à brève échéance par une tumeur cérébrale, oblige le médecin de tenter une opération de la dernière chance. Le chirurgien hésite, mais son sens du devoir le fait accepter. C'est alors que des opposants au régime enlèvent l'épouse du chirurgien, la menaçant de mort si l'opération est un succès. Un véritable "cas de conscience" se pose alors au praticien. « *Le dernier roi d'Écosse* » (Kevin MacDonald, 2006) illustre les mésaventures d'un jeune médecin, embrigadé malgré lui dans la vie politique d'une nation toute entière. En effet, le Dr Garrigan, jeune médecin écossais tout juste diplômé débarque en Ouganda en quête d'aventure. Peu après son arrivée alors qu'il travaille dans un hôpital de fortune, il fait la connaissance d'Idi Amin Dada qui vient de s'emparer du pouvoir à la suite d'un coup d'état. Séduit par le charisme de ce chef d'État, il devient son médecin personnel puis rapidement son confident et se retrouve impuissant, pieds et poings liés devant la folie meurtrière du dictateur. Dans « *Une exécution ordinaire* » (Marc Dugain, 2010), une jeune médecin urologue et magnétiseur, pratiquant dans un hôpital de la banlieue de Moscou, se voit être, à son plus grand effroi, appelée au chevet de Staline, malade et mourant, afin de le soulager du mal qui le ronge. Le dictateur s'insinue dans la vie du médecin et installe une relation mêlant confiance et manipulation. Ces quelques exemples illustrent la place capitale du médecin dans la vie d'un pays, à tel point qu'ils se retrouvent souvent contraints de côtoyer, volontairement ou involontairement, les plus grands hommes de ce monde.

En raison de leur influence sur la société, les médecins peuvent être amenés à être la cible des autorités politiques. Aucun régime répressif n'épargnera les médecins, considérés comme des menaces intellectuelles et éliminés comme le chirurgien juif-allemand dans

« *Le Professeur Mamlock* » (Adolphe Minkin, 1938) exécuté par les SS nazis ou comme le médecin-pédiatre polonais dans « *Korczak* » (Andrzej Wajdan 1990) déporté vers le ghetto de Varsovie. D'autres films relatent des épisodes marquants de l'histoire comme le "complot des blouses blanches", encore dénommé "l'affaire des médecins" en URSS dans « *Kroustalinov, ma voiture !* » (Alexei Guerman, 1999) ou l'exécution des intellectuels et en particuliers des médecins par les Khmers rouges au Cambodge dans « *La déchirure* » (Roland Joffé, 1985).

Ainsi le médecin déontologique et le médecin engagé sont sur tous les fronts et participent à tous les débats de la société. Nous avons pu constater que la position du médecin change et évolue avec son temps. Le médecin éthique n'est donc pas une figure figée mais un emblème sociétal s'interrogeant en permanence, incitant le spectateur à en faire de même.

1.5. Le médecin de guerre

Dans la tourmente de la guerre, les médecins trouvent leur place. Qu'ils endossent l'uniforme ou qu'ils soignent les troupes ou les civils, le cinéma les met en lumière. Le film de guerre offre un champs d'action important pour le médecin qui n'apparaît que rarement comme le protagoniste de l'intrigue, laissant le devant de la scène au soldat.

Le film de guerre a connu ses heures de gloire juste après la Seconde Guerre Mondiale et avant la guerre du Vietnam. Initialement, le cinéma vantait les exploits héroïques des soldats en louant leur courage et leur bravoure notamment durant la Seconde Guerre Mondiale. Puis progressivement, le cinéma a dénoncé les absurdités et les monstruosité de la guerre. Dans tous les films de guerre, apparaît à l'écran, au moins de façon fugace et temporaire, un médecin pour porter secours, guérir, etc.; Avant les années 1960, les médecins sont représentés ponctuellement, souvent sur le champs de bataille, partageant les éclats des bombes. De nombreuses interventions chirurgicales animent le film de guerre, notamment dans « *Le retour* » (Mervyn LeRoy, 1948) où le personnage principal, chirurgien New-Yorkais baptisé *Ulysses*, est envoyé au front durant le Seconde Guerre Mondiale où il opère courageusement sous les bombes. D'autres films renvoient cette atmosphère comme « *Quand passent les cigognes* » (Mikhail Kalatozov, 1957) et « *Un pont trop loin* » (Richard Attenborough, 1977).

Devant l'essor de ce genre cinématographique, et bien que la Seconde Guerre Mondiale soit le sujet de prédilection, les scénaristes se penchent sur les autres conflits de l'histoire. Les médecins y trouvent alors une place importante. « *Les quatre filles du Docteur March* » (George Cukor, 1933) nous dévoile un médecin courageux et dévoué durant la guerre de sécession. Au coeur de cette guerre de sécession, le médecin de « *Autant emporte le vent* » (Victor Fleming, 1939) nécessite pas à amputer des soldats sur le champ de bataille sans anesthésie au grand dam de la charmante mais fière Scarlett O'Hara. Dans « *Les cinquante-cinq jours de Pékin* » (Nicholas Ray, 1962), le brave Dr Steinfeldt tente avec les faibles moyens à sa disposition, de soigner les blessés du conflit opposant les forces internationales aux Boxers dans la Chine du début du siècle. « *L'odyssée du Dr Wassell* » (Cecil B. DeMille, 1944) nous montre le comportement héroïque du Dr Wassell, médecin aventurier portant secours aux victimes du conflit de la guerre du Japon. L'œuvre la plus emblématique relatant le médecin en temps de guerre est « *Le Dr Jivago* » (David Lean, 1965) qui retrace l'existence tumultueuse du Dr Youri Jivago au cœur de la révolution russe. Ce médecin généraliste, héros au cœur pur, poète, aristocrate séduisant, se verra être un réel témoin de l'Histoire, sera transporté d'aventure en aventure et sera fait prisonnier par les révolutionnaires soviétiques de 1917. Pacifiste et intègre, il préférera soigner que prendre les armes. Ainsi, le médecin ne prend pas les armes, il n'est qu'un honnête homme pris dans la tourmente de la guerre. Ses exploits proviennent de son professionnalisme et de sa neutralité.

La neutralité des médecins durant la guerre est abordée de différentes façons. Parfois, elle est respectée, malgré ce qu'il en coûte, d'autres fois transgressée pour des raisons affectives ou idéologiques. Le respect de cette neutralité est illustrée dans « *Arrêtez les tambours* » (Georges Lautner, 1960) qui relate la tragique histoire d'un médecin, maire d'un petit village occupé, ayant décidé de soigner indifféremment les blessés alliés et ceux de l'autre camp. La neutralité du médecin, conformément à la convention de Genève, répond aux exigences morales de sa profession: tous les blessés doivent être soignés de la même façon, quels que soient leur race, nationalité ou camp auquel ils appartiennent. Le Dr Leproux ira même jusqu'à devenir à la fois ami avec un praticien allemand exerçant à l'hôpital des troupes d'occupation et sauveur d'un pilote anglais abattu. « *Un taxi pour Tobrouk* » (Denys de la Patellière, 1961), met en scène dans le désert Lybien, un brillant interne des hôpitaux parisiens (incarné par Charles Aznavour), ayant fui sous l'occupation nazie. Ce futur médecin devra concilier la morale médicale avec son passé récent de persécuté par l'ennemi. D'autres films remettent en cause cette neutralité, notamment lorsque le médecin est touché aux travers d'êtres chers. Le poignant film « *Le vieux fusil* » (Robert Enrico, 1975) met en scène le Dr Julien Dandrieu, chirurgien débonnaire à l'hôpital

de Mautauban, soignant résistants et occupants sous l'occupation allemande. Cependant, il se transforme en justicier méthodique et implacable pour venger sa femme et sa fille assassinées par une division SS. Voir ce médecin, initialement dévoué et honorable, dont la vocation était de sauver des vies, arriver à les détruire, apporte un élément dramatique important, ce qui suscite l'attachement du spectateur. C'est également la survenue de drames chez des proches qui amène, dans « *Le vent de la Toussaint* » (Gilles Béhat, 1989), un jeune médecin français installé en Kabylie, à ne pas respecter la neutralité et à s'engager aux côtés de l'armée française. Ce film retrace donc le parcours d'un médecin pacifiste rattrapé par la violence de la guerre.

Il arrive que le médecin fasse passer ses convictions idéologiques avant le respect de la déontologie comme le démontre « *Les portes de feu* » (Claude Bernard-Aubert, 1971). Le médecin devient alors un combattant comme n'importe quel officier, abandonnant son statut de médecin qui lui interdit de prendre les armes.

L'héroïsme médical n'occupe qu'une place limitée dans les films traitant de médecine de guerre. En effet, les scénaristes ont préféré mettre en exergue la conduite coupable ou les attitudes criminelles de certains médecins durant cette période tumultueuse. « *La ligne de démarcation* » (Claude Chabrol, 1966) fait presque exception à la règle et montre un héros à visage humain. Le Dr Lafarge, résistant, aide les prisonniers évadés à passer en zone libre. « *Le Docteur Petiot* » (Christian de Chalonge, 1990) s'oppose en tout point à l'image du médecin héroïque. Ce médecin parisien, proposait aux juifs de les aider à passer en zone libre. En réalité, il dérobaient leurs objets de valeur avant de les tuer et de brûler leur cadavre dans sa chaudière. Ainsi ce médecin représente à lui seul un festival d'ignominies et incarne le double jeu existant à cette époque.

D'autres attitudes criminelles sont suggérées dans les films de guerre. « *La chatte sort ses griffes* » (Henri Decoin, 1959) aborde ce sujet de façon très superficielle. Au cours de la Seconde Guerre Mondiale, une résistante est transformée en collaboratrice nazie par un médecin allemand suite à un lavage de cerveau, manipulation mentale et administration de drogues. Le médecin nazi ne pratique pas d'expérimentation humaine proprement dite mais a recours à la manipulation psychologique, ce qui annonce d'autres manipulations pratiquées par la suite. Dans « *La colline des hommes perdus* » (Sidney Lumet, 1965), un médecin est le témoin passif et impuissant des brimades infligées aux pensionnaires d'un camp disciplinaire anglais en Lybie. Dans « *Le Mur* » (Serge Roullet, 1966), le médecin se contente d'étudier sans état d'âme, l'attitude des prisonniers condamnés à morts. « *La honte* » (Ingmar Bergmann, 1968), relate une guerre civile dans un

pays imaginaire où un médecin militaire examine avec détachement et indifférence le corps des torturés. Même si tous ces médecins n'organisent pas eux-mêmes l'expérience, leur complicité passive de la barbarie illustre à merveille leur culpabilité à part entière. Le plus violent plaidoyer contre la barbarie de la guerre et contre les expériences scientifiques menées à cette période, reste « *Johny s'en va-t-en guerre* » (Dalton Trumbo, 1972). Dans un hôpital militaire en 1918, Johny est un rescapé de la guerre, il n'a ni bras, ni jambe, ni même de visage et est aveugle, sourd et muet. Sous assistance respiratoire, il sert de cobaye et est l'objet d'expérience par excellence des médecins de l'hôpital à des fins de recherches et d'avancées scientifiques.

En 1970, le septième art voit apparaître un nouveau style de critique de la guerre: la comédie satirique. « *M.A.S.H.* » (Robert Altman, 1970) en est l'exemple principal, dénonçant l'absurdité et la bêtise de la guerre et ses horreurs, à travers la vie quotidienne de deux chirurgiens dans un hôpital militaire de fortune pendant la guerre de Corée. Professionnellement irréprochables, ils se protègent du désarroi induit par la violence de la guerre grâce à un humour potache. La série télévisée « *M*A*S*H** » (Larry Gelbart, 1972-1983) poursuivra la tradition. Dans le même esprit, « *Catch 22* » (Mike Nichols, 1970) décrit la vie quotidienne d'une base aérienne en méditerranée en 1944.

La guerre se présente souvent comme un décor, une toile de fond permettant aux personnages de s'épanouir et permettant à des attitudes morales ou des sentiments de se révéler. Dans « *Le toubib* » (Pierre Granier-Deferre, 1979), le Dr Jean-Marie Desprès est un chirurgien de renom, dynamique et efficace, se retrouvant à exercer dans les urgences d'un hôpital militaire, à l'arrière du front, en pleine troisième guerre mondiale. Alain Delon apporte à son personnage sérieux et compétence et offre au médecin un beau rôle à une époque où il n'était plus un héros.

Même les femmes médecins ont leur place dans la guerre et se retrouvent parfois en première ligne dans ce genre cinématographique. « *Nathalie, rescapée de l'enfer* » (James Garnier, 1977) relate l'histoire d'une jeune médecin d'un petit village sur le front russe en 1944. Le fait que l'héroïne soit médecin permet juste de déclencher l'action, mais ce sont les péripéties amoureuses en temps de guerre qui sont à l'origine des rebondissements de l'intrigue. Il en est de même dans « *Les cavaliers de l'orage* » (Gérard Vergez, 1983). Ainsi amour et guerre se croisent pour montrer des personnages ballotés par l'Histoire.

Ainsi, la position du médecin de guerre est une position particulièrement ambiguë et inconfortable. En effet, son rôle premier est de sauver des vies alors que la guerre tend à en

détruire. Dans ces conditions, le médecin dans la tourmente de la guerre apparaît comme un être humain, écartelé entre obligations et sentiments contradictoires, tentant de continuer leur devoir avec professionnalisme.

1.6. Le médecin de polar

Le film policier fait se côtoyer les opposés : malfrats et représentants de l'ordre, criminels et détectives, assassins et victimes, coupables et innocents, le tout dans une ambiance noire et oppressante. Ce genre cinématographique apparaît comme étant un terrain de prédilection pour le travail médical. Ainsi, il paraît normal de retrouver plusieurs figures de médecins tant du côté de l'enquêteur que du côté du criminel.

1.6.1. L'enquêteur professionnel

La comparaison entre raisonnement médical et enquête policière est souvent établie. Le médecin est donc fréquemment sollicité sur les scènes de crime, pour mener son enquête à la manière d'un *Sherlock Holmes* médical. Cependant, la figure emblématique du médecin-auxiliaire de police est représentée par le légendaire *Dr Watson*, assistant du célèbre Holmes dans les centaines d'adaptations cinématographiques du roman de Sir Arthur Conan Doyle. Il faut néanmoins rappeler que ce médecin ne résout jamais lui-même une enquête, laissant le panache à ce cher Holmes.

Qui mieux que le Dr Gregory House (« *Dr House* » (David Shore, 2004-2012), ce médecin interniste talentueux mais aussi cynique et asocial pour incarner cette image du médecin-enquêteur professionnel. En effet, House apparaît comme " *un héritier télévisuel, très métatextuel, qui semble avoir très bien lu les histoires inventées par Conan Doyle*" [13]. Il existe une réelle ressemblance entre le merveilleux Holmes et l'atypique House : mêmes initiales, mêmes traits saillants communs, même adresse, le désormais mythique 221 B, même faire-valoir en la personne du docteur James Wilson, doublure et écho phonétique du docteur James Watson, même addiction aux narcotiques, le docteur House préférant la Vicodine à la cocaïne, même méfiance à l'égard du féminin, même manque de tact généralisé, même arrogance, même cynisme, même tendance agaçante à avoir toujours raison, même prédilection pour l'effraction, même recours constant et alternatif à la musique, qui vient pallier le manque de mots tandis que House n'a pas encore réussi à identifier la maladie et surtout, même structure narrative. Le schéma épisodique est répétitif, chaque épisode retrace "un cas", qui se déroule invariablement de la même manière : exposé

détaillé du cas du patient, incompréhension totale des médecins "institutionnels", recours quasi-désespéré à celui qui, exactement comme Holmes, représente *"la dernière, la plus haute Cour d'Appel"*, mise en place de théories multiples, de diagnostics alternatifs qui étendent le champ des possibles, et réduction finale du multiple à l'unique par House, qui identifie le cas, et ordonne les symptômes variés, apparemment non reliés, en une chaîne causale parfaite. Au détour de la série, le spectateur comprend que les maladies "ordinaires" ennuient profondément ce diagnosticien hors pair. Il affirme d'ailleurs dans le premier épisode que *"c'est pour traiter les maladies qu'on devient médecin. Traiter les patients rend les médecins tristes"*. La série renvoie l'image d'un corps médical tout puissant qui pratique une médecine radicale, considérant les patients comme des cobayes, possédant une conception du bien et du mal particulière et ayant recours à la formulation d'hypothèses plutôt que l'examen des patients. Les pathologies diagnostiquées sont toujours exceptionnelles à grands coups de *"lupus, sarcoïde, embolie graisseuse, radiculonévrite..."*. Le Dr House est à l'opposé de ce que l'on attend d'un médecin : il ne fait pas preuve d'écoute ni de compassion ni de respect. Ce savant mélange semble marquer l'esprit des patients-spectateurs en suscitant de la haine ou de l'admiration. Pour contrebalancer cette image du médecin caractériel, les autres médecins de la série apportent une image positive du corps médical. Si on réunit tous les personnages médicaux de la série, on obtient l'image du *"médecin idéal, dont chacun serait une facette : le diplomate et réfléchi Dr Wilson représente la morale, le Dr Cuddy incarne la loi, le Dr Cameron, la sensibilité et le Dr House symbolise l'obsession de la vérité"* [14].

A coté de cette icône télévisuelle, une quantité innombrable de films noirs nous présente des médecins de passage qui soignent le héros ou le criminel... Ces personnages ont une existence brève dans le scénario et même si leur intervention s'avère capitale pour le reste de l'intrigue, ces médecins restent anonymes et superficiels. Néanmoins, certains médecins de polar se verront attribuer des fonctions particulières. A ce titre, ils deviendront des pièces importantes dans la résolution de l'enquête et se transformeront en véritables auxiliaires de justice.

Le premier et plus courant est bien entendu le médecin légiste. Même s'il n'est que rarement au centre de l'intrigue, du moins au cinéma, le médecin légiste occupe systématiquement, au moins, une scène du film policier. Ce découpeur de cadavre fait peur et fascine par sa capacité à faire parler les morts. La scène est toujours ritualisée, dans un lieu aseptisé sous la lumière blafarde de la salle d'autopsie. Seule la représentation du médecin en lui-même diffère quelque peu, oscillant entre le vieil homme cynique, compétent et blasé et le boucher, maculé de sang, sadique, ne rechignant pas à la description du détail

de ses actes sanguinolents. Le cinéma nous offre un défilé de médecins légistes, tous plus déterminants les uns des autres dans le développement de l'enquête et sa résolution finale. Nous pouvons citer, parmi les films les plus marquants : « *Les inconnus dans la maison* » (Henri Decoin, 1941), « *La vérité* » (Henri-Georges Clouzot, 1960), « *L'homme au crâne rasé* » (André Delveaux, 1965), « *Polar* » (Jacques Bral, 1983), « *Kamikaze* » (Didier Grousset, 1986) ou encore « *Scènes de crime* » (Frédéric Schoendoerffer, 2000). Du côté américain, nous retrouvons quelques scènes mythiques pour le choc des images retranscrites dans « *L'inspecteur Harry* » (Don Siegel, 1970), « *Gorky Park* » (Michael Apted, 1983), « *Le Sixième Sens* » (Michael Mann, 1986) ou encore « *Le veilleur de nuit* » (Ole Bornedal, 1998). De part sa fonction cruciale, le médecin légiste apparaît évidemment dans toutes les séries policières : « *NCIS : enquêtes spéciales* » (Donald Paul Bellisario et Don McGill, 2003-en production), « *RIS police scientifique* » (Stéphane Kaminka, 2006-2014) ou encore « *Navarro* » (Pierre Grimblat et Tito Topin, 1989-2007) et « *Julie Lescaut* » (Alexis Lecaye, 1992-2014). Cependant, certaines séries médicales sont entièrement dédiées aux médecins légistes telles que « *Quincy M.E* » (Glen A. Larson, 1976-1983), premier médecin légiste télévisuel, « *Preuves à l'appui* » (Tim Kring, 2001-2007) ou encore la neurochirurgienne reconvertie en médecin légiste de « *Body of Proof* » (Chris Murphey, 2011-2013).

Les médecins experts, le plus souvent psychiatres, prennent une place importante dans ce genre cinématographique. En effet, ils cherchent à comprendre le crime, pour en accentuer ou en atténuer la responsabilité du criminel. « *De sang froid* » (Richard Brooks, 1967) retranscrit de manière réaliste, la cavale de deux meurtriers et le déroulement de l'expertise psychiatrique aboutissant à leur condamnation à mort. Dans « *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère* » (René Allio, 1976), les psychiatres ont la lourde charge de déterminer les raisons qui ont poussé ce jeune homme de vingt ans à un acte parricide. Plus en vogue actuellement, le rôle du profiler tend à rivaliser voire détrôner l'image du médecin expert. Ainsi, ce personnage, chargé de déterminer le profil psychologique du criminel, devient figure incontournable du film policier. Le Dr Ambroise, psychiatre de profession, dans « *Armagedon* » (Alain Jessua, 1977) engage avec le terroriste psychopathe, un véritable duel psychologique. Le Dr Jack Gramm, expert universitaire en psychiatrie criminel et consultant auprès du FBI, se voit devoir enquêter pour sa propre survie et devoir prouver que ses théories sont justes dans « *88 minutes* » (John Avet, 2007). Dans « *Dédales* » (René Manzor, 2002), le Dr Brennac se voit contraint d'étudier le cas de Claude, dangereuse criminelle et de délier les différentes personnalités de sa patiente. A la télévision, le médecin expert est incarné à la perfection par

le Dr Cal Lightman, docteur en psychologie et spécialiste en déduction de mensonge dans « *Lie to me* » (Samuel Baum, 2009-2011).

Le médecin de prison, bien que peu représenté à l'écran, est à l'honneur dans « *Nous sommes tous des assassins* » (André Cayatte, 1952) qui relate la prise en charge par le Dr Detouche, d'un condamné à mort pour meurtres à la Libération. Le médecin découvrira alors la complexité de la nature humaine derrière l'horreur des apparences. Ce film se présente comme un réquisitoire contre la peine capitale. Le film « *Médecin-chef à la santé* » (Yves Rénier, 2012) expose avec un réalisme frappant les conditions d'exercice d'un médecin pénitencier. Le Dr Vasseur, quelque peu parachutée dans cet univers obscur et inconnu, sera confrontée à la réalité du monde carcéral. Progressivement, la révolte remplace la peur des premiers jours et ce médecin, intolérante à l'injustice, entamera un combat en s'investissant au point d'y perdre ses illusions, ses idéaux voire sa vie. Les femmes-médecins occupent une place de choix en tant que médecin de centre pénitentiaire. Les séries médicales ne dérogent pas à la règle. Dans « *Oz* » (Tom Fontana, 1997-2003), le Dr Gloria Nathan a la charge d'une centaine de détenus et se bat corps et âme pour leur santé.

1.6.2. Le médecin impliqué dans l'intrigue malgré lui

De part le contact intime de sa profession avec la population, le médecin entre parfois dans des affaires trop privées et se trouve entraîné dans des aventures qu'il n'imaginait pas vivre un jour.

Très souvent, le médecin apparaît d'emblée suspect, en dehors de tout élément matériel tangible, en raison de ses connaissances médicales et de sa présumée grande facilité à maquiller ses crimes. Ainsi, le médecin se retrouve à jouer le rôle d'un innocent accusé à tort. Le plus célèbre représentant de ce genre est le Dr Kimble, incarné par Harrison Ford dans « *Le Fugitif* » (Andrew Davis, 1993), adaptation cinématographique de la série télévisée culte des années 60. Accusé à tort du meurtre de sa femme (meurtre pour le moins violent et mutilant) et condamné à mort, ce chirurgien s'évade le jour de son exécution pour mener son enquête et prouver son innocence. Commence alors une véritable course-poursuite entre le policier et le chirurgien qui les mènera tous deux à la découverte des coupables. Le Dr Beck, pédiatre meurtri par la mort suspecte de son épouse huit ans auparavant, est en proie à un drame similaire dans « *Ne le dis à personne* » (Guillaume Canet, 2006) lorsqu'un meurtre est commis chez lui et que tout semble l'accuser. Le psychanalyste Michel Durand, dans « *Mortel transfert* » (Jean-Jacques Beineix, 2001)

mène une vie tranquille jusqu'au jour où l'une des ses patientes perverse kleptomane, se fait étrangler pendant sa consultation alors qu'il s'était endormi. Le scénario nous plonge dans un thriller psychanalytique où même le médecin en vient à douter de son innocence. Heureusement, la présomption de culpabilité ne résiste pas à l'enquête sérieuse et le psychanalyste est lavé de tout soupçon. Dans « *La main à couper* » (Etienne Périer, 1974), le Dr Noblet est suspecté du meurtre de l'amant de sa femme mais le meurtrier sera rapidement découvert. D'autres médecins se voient accusés à tort d'erreur médicale fatale dans « *La porte s'ouvre* » (Joseph L. Mankiewicz, 1950) ou calomnié comme le Dr Preatorius dans « *On murmure dans la ville* » (Joseph L. Mankiewicz, 1951).

De nombreux médecins, bien qu'étrangers à l'enquête policière, deviennent, contre leur gré, des assistants à l'enquête. Contrairement à l'auxiliaire de justice, ces médecins se retrouvent projetés dans une spirale infernale dans laquelle ils risquent carrière et vie. Le Dr Susan Wheeler de « *Morts suspectes* » (Michael Crichton, 1978) démantèle, au péril de sa vie, un réseau de trafic d'organes dirigé par le chef de service de l'hôpital où elle exerce. La conspiration médicale est donc au centre de l'investigation de cette jeune praticienne. Dans « *Mesures d'urgence* » (Michael Apted, 1996), le jeune et prometteur Dr Luthan découvre avec stupéfaction, les expérimentations illégales et secrètes de neurochirurgie du vénéré Dr Myrick, chercheur reconnu et honoré. Le même fil narratif est utilisé dans la saga « *Anatomie* » (Stephan Ruzowitzky, 2000-2004) ; la jeune Dr Henning découvre les agissements troubles d'une société secrète. Dans « *La cité sans voile* » (Jules Dassin, 1948), le Dr Stonemann se retrouve entraîné dans la traque des assassins d'une de ses patientes dans le seul but de la protéger. Dans « *Frantic* » (Roman Polanski, 1998), le Dr Walker, en colloque à Paris, est contraint de mener seul l'enquête concernant la disparition brutale de sa femme alors qu'il était sous la douche dans sa chambre d'hôtel. Non aidé par la police, le cardiologue américain, dans sa quête désespérée, remontera jusqu'à la piste d'une mystérieuse et troublante inconnue.

Dans quelques cas, le médecin est présenté comme la victime des criminels. Dans « *La falaise* » (Paul Barlatier, 1920), le médecin est victime d'une tentative d'assassinat dont le mobile est la rivalité amoureuse. Dans « *Mensonges* » (Jean Stelli, 1946), le Dr Leroux se fera assassiner par l'amant de sa femme. « *Le couteau sous la gorge* » (Jacques Severac, 1955), met en scène des médecins dont l'enfant a été enlevé.

Le médecin peut néanmoins se retrouver consciemment ou inconsciemment complice du crime ou du délit. Le cinéma policier regorge de scènes où les malfrats, ne pouvant accéder aux soins hospitaliers sans risque, ont recours au médecin qui lui prodigue

des soins de fortune comme dans « *Heat* » (Michael Mann, 1995), dans « *Le damné* » (Andrew Wilson, 1997), dans « *Romanzo Criminale* » (Michele Placido, 2005) ou encore dans « *Exilé* » (Johnnie To, 2006). Dans « *Les valseuses* » (Bertrand Blier, 1974), un médecin est instamment prié de soigner l'un des truands et de se soumettre à la première loi du milieu : le silence. Dans « *Désir* » (Frank Borzage, 1936), le Dr Pauquet se rendra malgré lui complice d'une charmante cambrioleuse. « *Je n'ai pas tué Lincoln* » (John Ford, 1936) relate l'histoire du Dr Samuel Mudd, arrêté et jugé pour avoir soigné un homme blessé à la jambe. Ce dernier se révélera être l'assassin du président Lincoln. Mudd sera alors jugé comme complice et sera condamné au bagne. Dans tous ces films, le médecin apparaît comme un dommage collatéral mais n'est pas l'investigateur du crime. Cependant, le médecin criminel existe bel et bien ...

1.6.3. Le médecin criminel

Comme tout individu, le médecin peut tuer ou passer dans l'illégalité. Pour certains, ce sera pour une cause juste, pour d'autres, ce ne sera que par cruauté ou par profit.

Le premier "vrai" médecin meurtrier à s'illustrer à l'écran est le Dr Linz, médecin sous-officier colonial à la retraite, responsable, avec deux autres complices, d'une série de meurtres à Paris dans « *L'assassin habite au 21* » (Henri-Georges Clouzot, 1942). Il faut néanmoins souligner, qu'au moment où sort sur les écrans ce chef d'œuvre du cinéma, un réel meurtrier, le Dr Petiot, surnommé par la presse "*Dr Satan*" terrorise la capitale. Cette histoire inspirera de nombreux scénaristes dont « *Le Docteur Petiot* » (Christian de Chalonge, 1990) interprété merveilleusement par Michel Serrault ou « *Los crímenes de Petiot* » (José Luis Madrid, 1973). « *L'auberge rouge* » (Jean Epstein, 1923), inspiré du roman de Balzac, nous offre la vision d'un chirurgien, meurtrier sans scrupule, usant du bistouri comme d'une véritable arme. Il faut préciser que cette auberge n'a aucun rapport avec le "coupe-gorge" de l'auberge de Peyrebeille, avec laquelle on la confond souvent.

Pointe alors à l'écran, l'image du médecin "*serial killer*" et qui mieux que le Dr Hannibal Lecter, monstrueux psychopathe cannibale pour incarner cette icône. Ce personnage rendu célèbre au cinéma par l'interprétation de Anthony Hopkins, est apparu de nombreuses fois à l'écran : « *Le Sixième sens* » (Michael Mann, 1981), illustre « *Le Silence des Agneaux* » (Jonathan Demme, 1991), « *Hannibal* » (Ridley Scott, 2001), « *Le Dragon Rouge* » (Brett Ratner, 2002) et « *Hannibal Lecter : les origines du mal* » (Peter Webber et Pietro Scalia, 2007), autant de films pour signifier de l'importance de ce personnage dans la société. Ce psychiatre renommé et cannibale, s'avère être le digne

héritier de confrères criminels antérieurs comme le « *Docteur X* » (Michael Curtiz, 1932) ou « *L'Abominable Docteur Phibes* » (Robert Fuest, 1971). D'autres médecins prennent la suite et perpétuent la mode du médecin "serial killer" avec notamment le Dr Elliott dans « *Pulsions* » (Brian de Palma, 1980) ou le vieux médecin de la cour d'Angleterre alias Jack l'éventreur dans « *From Hell* » (Albert et Allen Hughes, 2001).

Certains médecins, non "serial killer", ont basculé dans la criminalité au décours d'un vulgaire fait divers. C'est le cas du Dr Ancelin dans « *Non coupable* » (Henri Decoin, 1947) qui tue involontairement un motocycliste alors qu'il est en état d'ébriété. En quête de reconnaissance, il perd peu à peu la raison en se prenant pour un génie du crime et commet d'autres meurtres gratuits. Le médecin peut aussi être amené à tuer pour des raisons idéologiques comme dans « *L'homme voilé* » (Maroun Bagdadi, 1987) où le médecin devient criminel pour défendre ses idées. Enfin, des raisons passionnelles poussent certains au crime comme le « *Dr Glass* » (Mai Zetterling, 1968) ou le Dr Morin dans « *Un divorce heureux* » (Henning Carlsen, 1975).

D'autres fois, le médecin devient criminel pour se faire justice. Le médecin-vengeur apparaît alors comme la victime d'une révoltante tragédie, justifiant sa quête de vengeance. Dans « *Les fous du roi* » (Robert Rossen, 1949), un homme politique corrompu est assassiné par le Dr Stanton pour venger sa famille. Dans « *Suivez cet homme* » (Georges Lampin, 1952), un médecin généraliste injecte une substance létale à l'assassin de sa femme. Dans « *Les Intrus* » (Sergio Gobbi, 1971), c'est pour venger sa femme violée et sa fille menacée de mort, qu'un chirurgien élimine les gangsters responsables de ces actes abominables. Enfin, le Dr Dandieu dans « *Le vieux fusil* » (Robert Enrico, 1975) élimine les allemands qui ont massacré sa femme et sa fille.

Le médecin criminel n'est pas forcément meurtrier et il peut, derrière sa position de notable respecté et respectable, se révéler le pire des truands. Le cinéma nous offre toute une galerie de médecins malfrats appartenant à des sociétés secrètes ou agissant comme de véritables gangsters. Dans « *Sept morts sur ordonnance* » (Jacques Rouffio, 1975), le réalisateur critique ouvertement le concept tant répandu de "dynastie médicale" s'apparentant à de véritables sociétés secrètes de médecins. Dans ce film, le clan des notables dirigé par le Dr Brézé, manipule ses concurrents (le Dr Berg, incarné par Gérard Depardieu et dix ans plus tard, le Dr Losseray interprété par Michel Piccoli) à coup de chantage et de calomnies et les pousse au crime puis au suicide. Cette dynastie, en bonne organisation mafieuse, possède l'appui des autorités et ne sera donc pas inquiétée. Ainsi, ce film révèle à l'écran, la loi du "milieu médical" avec ses règles et ses obligations.

Les médecins constituent une grande famille comme le montre « *La Tribu* » (Yves Boisset, 1991) où les médecins se livrent à des manipulations politico-financières sans scrupules.

Certains médecins n'hésitent pas à devenir d'authentiques espions. Le médecin du travail de « *Nick Carter, Master detective* » (Jacques Tourneur, 1939) se rend coupable d'espionnage industriel par appât du gain. D'autres dirigent des réseaux d'espionnage comme le Dr Forrester, espion anglais à la solde des nazis dans « *Le ministère de la peur* » (Fritz Lang, 1944). Le Dr Roussel dans « *Sursis pour un espion* » (Jean Maley, 1964) cache ses activités d'espionnage derrière la façade de sa clinique mais sera démasqué par l'inspecteur Legris. Dans « *Scandal* » (Michael Caton-Jones, 1988), le Dr Ward, véritable médecin-maquereau, partage ses conquêtes avec des hommes politiques qu'ils soient soviétiques ou britanniques, jusqu'au jour où le scandale éclate. D'autres médecins ne faisant pas les choses à moitié, deviennent chefs de gang et maîtres d'organisations nuisibles. Dans « *Quand la ville dort* » (John Huston, 1950), pionnier du genre "caper movie", le Doc Riedenschneider apparaît comme le cerveau de l'opération, à savoir le casse d'une importante bijouterie. Le Dr Barran, médecin de la légion, dans « *Adieu l'ami* » (Jean Herman, 1968) se verra manipulé par la gente féminine et persuadé de forcer un coffre ... vide. Le Dr Ventoux dans « *Le Majordome* » (Jean Delannoy, 1964) à la double vie de praticien et chef de bande, ira même jusqu'à ne pas respecter le code d'honneur des truands. Ainsi, le fait d'être médecin permet de montrer une facette d'homme honnête derrière laquelle se dissimule les pires bassesses. Le médecin, n'hésite pas à trahir non seulement sa déontologie médicale mais également la loi du milieu, au comble du déshonneur.

La dernière catégorie de médecin retrouvée régulièrement dans ce genre cinématographique est le médecin enclin à l'escroquerie, motivé la plupart du temps par l'appel de l'argent. Le médecin profite alors de sa situation professionnelle pour commettre des larcins : détrousser le cadavre d'un malade qui vient de mourir dans son cabinet dans « *Le bagnard* » (Willy Rozier, 1951) ou être complice de la malhonnêteté d'un proche dans « *Le Viager* » (Pierre Tchernia, 1972). Dans « *Diaboliquement vôtre* » (Julien Duvivier, 1967), le médecin se rend complice d'une machination crapuleuse cherchant à faire passer pour fou l'héritier légitime dans une sombre affaire d'héritage. Dans « *Poulet au vinaigre* » (Claude Chabrol, 1984), le médecin avec l'aide des notables de la ville (notaire et boucher) monte une opération immobilière soit-disant lucrative mais l'entêtement d'une vieille femme bloque l'affaire. Le médecin sera alors représenté comme un être capable de toutes les malversations possibles pour aboutir à ses fins. Le médecin véreux et corruptible aura un rôle tout particulier à jouer dans les films évoquant la question du dopage. Le corps

médical y est montré comme non professionnel, cherchant à servir uniquement ses propres intérêts. Le dopage médicalement assisté est illustré dans plusieurs films tels que dans le réaliste « *Dernier stade* » (Christian Zerbib, 1994) dans le milieu de l'athlétisme ou encore dans « *l'Enfer du dimanche* » (Oliver Stone, 1999) dans les coulisses du football américain.

Après ce passage dans l'univers noir, nous pouvons constater que l'image du médecin dans ce type de cinéma est plutôt trouble et peu rassurante. En effet, à l'exception du médecin légiste, qui malgré son côté cynique reste intègre, les médecins de ce genre cinématographique franchissent souvent la barrière de l'illégalité.

1.7. Le médecin du Far West

Le Western est un genre cinématographique qui fut florissant dans les années 40-50 à Hollywood. Juste après la deuxième guerre mondiale, le public avait besoin de grands héros et d'aventures extraordinaires. Ainsi le Western représentait l'une des dernières grandes explorations de l'homme; la Conquête de l'Ouest, tout en exaltant les grandes valeurs traditionnelles et conquérantes de l'Amérique.

Dans cet univers peuplé d'hommes violents, robustes et déterminés, jouant facilement du colt ou du couteau et ayant recours à l'automédication à outrance, les médecins n'y trouvaient pas réellement leur place. Ainsi le cinéma nous offre une farandole d'actes chirurgicaux sans présence médicale, dans des conditions d'hygiène plus que douteuses: extraction de balles, de flèches avec cautérisation de plaies à la poudre enflammée, réduction de fracture de jambe voire amputation avec instruments stérilisés à la flamme et au Whisky. Toutes ces scènes mettent en valeur la capacité de récupération de ces hommes remarquables. Ainsi, Clint Eastwood, dans « *Pour une poignée de dollars* » (Sergio Leone, 1964) après un passage à tabac comparable à de la torture, guérira spontanément de ses blessures Il n'est donc pas exagéré de dire que les exemples ne manquent pas de guérison héroïque et miraculeuse dans ce genre cinématographique. De plus, cette absence médicale est une réalité historique puisque très peu de médecins ont participé à la conquête de l'Ouest. Les premiers arrivèrent avec la guerre de sécession. Les premières apparitions cinématographiques se firent dans « *La charge héroïque* » (John Ford, 1949) et « *Le jugement des flèches* » (Samuel Fuller, 1957) où ils intervenaient essentiellement sur des opérations contre les confédérés ou les Indiens. Les médecins étaient alors sollicités essentiellement dans un contexte chirurgical avec recours à des

opérations sanglantes sur le champs de bataille ou dans une infirmerie de fortune. Par la suite, les médecins prendront part aux convois des pionniers et assumeront le rôle de médecin à tout faire, allant du chirurgien, au botaniste et au savant.

Quelques grandes figures du Far West appartenant au corps médical se sont illustrées dans des Westerns célèbres. Dans le cadre militaire, William Holden joue le major Hank Kendall dans « *Les cavaliers* » (John Ford, 1959), chirurgien du détachement de cavalerie nordiste commandé par le colonel John Marlowe (John Wayne). Le Dr Kendall représente dans ce film la dualité entre l'éthique médicale et la discipline militaire. Ce rude colonel fait preuve de grands moments d'humanité malgré son intransigeance de soldat. Le plus célèbre des médecins cowboy est certainement le Doc Holliday: ce dentiste de formation mais considéré comme médecin, a forgé sa légende sur son habileté à manier le colt plus que sur ses qualités de praticien. Ce bandit meurtrier, doté de peu de scrupules mais élégant et séducteur, doit sa réputation à sa participation à la tuerie d'OK Corral. Il constitue un personnage récurrent de Western apparaissant en vedette à travers plus d'une dizaine de films et représenté à l'écran par des acteurs prestigieux. Le premier où son nom apparaît clairement est « *Frontier Marshall* » (Allan Dwan, 1939) bien qu'il soit devenu chirurgien au passage. Parmi les autres incarnations à l'écran, nous pouvons citer « *Le Justicier* » (Frank Loyd, 1939), « *Le banni* » (Howard Hugues, 1941), « *La poursuite infernale* » (John Ford, 1948), « *Règlement de compte à O.K. Corral* » (John Sturges, 1957) où le rôle est tenu par Kirk Douglas, « *Sept secondes en enfer* » (John Sturges, 1967), « *Doc Holliday* » (Frank Perry, 1970) ou encore « *Tombstone* » (Georges Pan Cosmatos, 1993) et « *Wyatt Earp* » (Laxrence Kasdan, 1994). Tous ces films ont pour point commun de mettre en avant le côté héroïque de Doc Holliday, malgré la noirceur de son âme, il apparaît la plupart du temps comme un héros sympathique, redresseur de tort usant de la gachette pour la juste cause.

Une autre facette du médecin de Western est incarnée par le très beau personnage du Dr Josiah Boone interprété par Thomas Mitchell dans « *La chevauchée fantastique* » (John Ford, 1939). Il s'agit d'un médecin d'une petite ville de l'Ouest, alcoolique notoire, cynique et désabusé, contraint de quitter la ville en diligence après avoir pris la défense d'une prostituée. Malgré son apparence hirsute, grossière et son état de déchéance, il conserve toutefois quelques capacités médicales: lors d'un accouchement, il saura retrouver ses réflexes de médecin avec succès. Cet accouchement mené à bien est pour lui une rédemption et l'exercice médical semble alors lui rendre sa prestance et sa dignité.

L'image du médecin héros de Western est illustrée par Gary Cooper dans « *La colline des potences* » (Delmer Daves, 1959). Le Dr John Fraie, bien installé dans une colonie minière, appartenant aux notables de la ville malgré une certaine addiction au jeu, soigne gratuitement les pauvres, fait preuve de compétences, de dévouement et d'honnêteté. Le médecin apparaît alors comme une personne au grand cœur, courageuse et respectée. Néanmoins, ce médecin irréprochable deviendra un criminel fugitif, montré du doigt par la société à la suite du meurtre d'un bandit. Quelquefois, le médecin apparaît sous les traits d'un homme honnête et respectable, pilier de la communauté au même titre que le shérif, le banquier, le barbier, le pasteur ou le tenancier du saloon tel le Dr Mac Cord dans « *Du sang dans le désert* » (Anthony Mann, 1957) ou « *Le jour des Apaches* » (Jerry Thorpe, 1967).

Les westerns nous offrent, néanmoins, une vision quelque peu erronée de la réalité. En effet, la frontière entre médecins et charlatans vendant élixirs et potions en tout genre sur les routes de l'Ouest, est facilement franchie. De plus, le “Doc” est parfois tourné en dérision, tout juste bon à constater les décès dans « *Rio Lobo* » (Howard Hawks, 1970) ou à amputer dans « *Little Big Man* » (Arthur Penn, 1970) où le personnage se verra amputé petit à petit, devenant manchot puis unijambiste au cours du temps. L'alcool, figure emblématique dans ce genre cinématographique discrédite quelque peu l'image du médecin. En effet, l'alcool apparaît comme le seul réel compagnon du médecin de Far-West. Néanmoins, à l'écran, l'alcoolisme ne semble pas être incompatible avec la compétence médicale.

Ainsi, l'image du médecin dans le western oscille en permanence entre deux axes: le médecin diplômé des grandes universités de l'Est, prestigieux notable, respecté par la société, professionnel et compétent et le cowboy aventurier et courageux en quête d'aventure, maniant les armes à feu comme personne et en proie à l'alcool, aux jeux et aux femmes.

1.8. Le médecin aventurier

Le médecin peut apparaître au cinéma comme un véritable homme d'action, en quête d'aventures à la manière d'un Indiana Jones des temps modernes. Le praticien revêt son costume d'aventurier, qu'il soit pirate, chercheur ou bienfaiteur de l'humanité.

1.8.1. Le médecin-baroudeur

De nombreux médecins se sont illustrés en tant que héros ou compagnon d'aventures dans ce genre cinématographique. Le courage et le code de l'honneur sont plus valorisés, dans ces films, que les compétences intellectuelles ou médicales du médecin. Ainsi, le Dr Livesey dans « *L'île au trésor* » (Victor Fleming, 1934), valeureux et intègre praticien, prête main forte au jeune Jim Hawkins, dans sa quête du trésor et représente la voix de la raison en gardant les pieds sur terre en toutes circonstances. Le médecin peut devenir un authentique pirate, bravant les mers et fuyant les navires de la garde royale. Le Dr Peter Blood dans « *Le Capitaine Blood* » (Michael Curtis, 1935) réduit en esclavage en Jamaïque, pour avoir soigné un opposant au régime anglais, devient le légendaire Capitaine d'un équipage de flibustiers à la renommée ponctuée de succès. Le capitaine Némó, personnage savant, ingénieur de génie, épris de science et de culture occidentale, patriote défenseur des droits de l'homme, affronte des situations étonnantes et dangereuses à bord du *Nautilus*, véritable anticipation scientifique prouvant le génie de cette figure emblématique de la littérature et du septième art. La plus célèbre incarnation du capitaine serait certainement dans « *20 000 lieux sous les mers* » (Richard Fleischer, 1954). De plus, le capitaine Némó devient un héros à part entière lorsqu'il intègre « *La ligue des Gentlemen Extraordinaires* » (Stephen Norrington, 2003). Dans « *Le Voyage de Gulliver à Lilliput et chez les géants* » (Georges Méliès, 1902) ou « *Le Voyage du Gulliver* » (Jack Sher, 1960) ou encore dans le burlesque « *Les Voyages de Gulliver* » (Rob Letterman, 2011), le Dr Gulliver, chirurgien de la marine anglaise, embarqué à bord d'un navire en direction des Indes, fait naufrage et se retrouve sur une étrange île peuplée de minuscules habitants : les Lilliputiens ... Dans un autre registre, dans la saga « *Il était une fois en Chine* » (Tsui Hark, 1991-1997), Wong Fei-Hung, docteur en médecine chinoise, maître de kung-fu et chef instructeur de l'armée du Dragon noir, est chargé de maintenir l'ordre durant les guerres opposant britanniques et américains et de sauvegarder la paix et la stabilité du pays en éliminant les brigands.

Le médecin baroudeur est bien évidemment présent dans les fictions médicales télévisuelles. Le Dr Jack Shepard, neurochirurgien dans « *Lost : les disparus* » (J.J. Abrams, Damon Lindelof et Jeffrey Lieber, 2004-2010), se positionne en leader naturel du groupe de survivants après le crash du vol long courrier Sidney-Los Angeles. Il utilise ses compétences médicales pour soigner les survivants et incarne la rationalité s'opposant au Surnaturel présent sur l'île.

1.8.2. Le médecin chercheur

A côté de ces médecins casses-coups et intrépides, une autre représentation du médecin aventurier nous est proposé : le médecin-chercheur, indépendant et sympathique, consacrant sa vie à la recherche. De nombreux films retracent la vie de chercheurs connus de l'histoire : le Dr Robert Koch à la recherche du bacille de la Tuberculose dans « *La lutte héroïque* » (Hans Steinhoff, 1939); le Dr Ehrlich, assistant du Dr Koch, à l'origine des premiers traitements de la diphtérie et de la syphilis dans « *La balle magique de Dr Ehrlich* » (William Dieterle, 1940) ; le Dr Morton et la mise au point de l'anesthésie à l'éther dans « *The Great Moment* » (Preston Sturges, 1944) ou encore le Dr Wassel dans « *L'odyssée du Dr Wassell* » (Cecil B. De Mille, 1994) parvenant à isoler le microbe de la dysenterie.

La lutte contre les épidémies en tout genre devient un réservoir inépuisable d'intrigues cinématographiques, mettant en relief un médecin humaniste et héroïque, prêt à se battre contre la destinée. Le Dr Mudd dans « *Je n'ai pas tué Lincoln* » (John Ford, 1936) et le Dr Julien dans « *Le bagnard* » (Willy Rozier, 1950) s'efforcent d'éradiquer une épidémie de fièvre jaune avec les moyens du bord alors que le Dr Cartwright dans « *La frontière chinoise* » (John Ford, 1965) lutte contre une épidémie de choléra à la frontière sino-mongole. Dans « *L'appel de la vie* » (Georges Neveux, 1937), l'élève d'un grand professeur découvre un sérum contre la fièvre jaune. Le Dr Arrowsmith dans « *Arrowsmith* » (John Ford, 1931) met au point un vaccin contre la peste bubonique dans les Indes Occidentales. Les épidémies de peste ont elles aussi beaucoup inspiré les cinéastes. Ainsi, le Dr Drager dans « *L'homme de Bornéo* » (Ribert Mulligan, 1962) luttera contre la peste à Jawa et n'hésitera pas à s'aventurer dans la jungle pour affronter le vaudou. Quant au Dr Rieux, il affronte l'épidémie dévastatrice de peste dans un port d'Amérique du Sud dans « *La Peste* » (Luis Penzo, 1992) ou à Oran dans « *La Peste* » (Francis Huster, 2012). Le Dr Pagès, retiré du monde après une accusation à tort, dans « *L'homme sans nom* » (Léon Mathot, 1942), met au point un sérum contre la lèpre. « *Les orgueilleux* » (Yves Allegret, 1953) nous offre l'image d'un médecin déchu et alcoolique, devenant malgré lui un héros en luttant contre une épidémie de méningites cérébro-spinales. « *Alerte !* » (Wolfgang Petersen, 1995) relate les aventures d'une équipe d'infectiologues militaires contre la propagation d'un virus *Ebola-like*. Le même ressort narratif est utilisé dans « *Contagion* » (Steven Soderbergh, 2011) où la communauté médicale mondiale se lance dans une course effrénée contre la montre afin de trouver le remède du virus mortel MEV-1 et tenter de canaliser la panique se répandant plus vite que le virus lui-même. Dans « *Rock* » (Michael Bay, 1996), la menace est chimique voire neurotoxique et seul le Dr Stanley Goodspeed, expert en armes chimiques arrivera à sauver des milliers de

victimes innocentes. La recherche contre le cancer, véritable épidémie mortelle de notre siècle, a pour cette raison, intéressé de nombreux scénaristes. Le Dr Campbell, médecin des indiens d'Amazonie, véritable "sorcier de l'Océan vert", dans « *Medicine Man* » (John MacTiernan, 1992) découvre une substance anti-cancéreuse aux propriétés remarquables mais la construction d'une route au cœur de la forêt menace l'équilibre écologique et par la même occasion la possibilité de reproduire le vaccin. De même, les médecins de « *Cas de conscience* » (Walter Kapps, 1938) et de « *Vertiges* » (Richard Pottier, 1947) sont sur le point de découvrir le moyen de guérir le cancer. Cependant, le médecin-chercheur ne se focalise pas uniquement sur les pandémies mortelles des pays exotiques comme le montre le Dr Laurence dans « *Le Grand Bleu* » (Luc Besson, 1987), effectuant des recherches sur l'adaptation du corps humain à l'apnée et à la pression des profondeurs sous-marines.

A travers les films d'aventure, le médecin-chercheur peut devenir la victime de ses découvertes, comme en proie à une malédiction jetée sur le praticien érudit. « *Les Hommes sans peur* » (Yvan Noe, 1941) nous relate le martyr des médecins et savants qui tenteront de maîtriser les rayons X. Une épidémie de choléra se révélera mortelle pour le médecin et bactériologiste britannique dans les adaptations cinématographiques du roman *La passe dangereuse* de Maugham : « *The painted veil* » (Richard Boleslawski, 1934), « *La passe dangereuse* » (Ronald Neame, 1957) et « *Le voile des illusions* » (John Curran, 2006). Le Dr Paige dans « *La Lumière verte* » (Frank Borzage, 1937) s'inoculera délibérément, malgré le risque potentiel, le vaccin contre la variole récemment découvert par ses soins. Ainsi, ces médecins-chercheurs sont prêts à offrir jusqu'à leur vie en sacrifice pour la découverte d'un vaccin, d'une molécule ou d'une thérapeutique, afin d'assurer la survie de la planète.

1.8.3. Le médecin humanitaire

Le cinéma sait nous offrir des médecins altruistes et soucieux de l'avenir de l'humanité. Ils apparaissent donc comme d'authentiques bienfaiteurs de cette humanité en danger. Ces médecins humanitaires puisent leurs forces dans les conflits locaux qui émaillent notre planète. Guidée par l'esprit aventurier, poussée par l'envie de s'adresser à des pathologies complexes mais aussi par le besoin profond de se réaliser, la vocation humanitaire est en vogue. Le film culte de l'action humanitaire médicale est sans conteste, l'histoire du Dr Schweitzer dans « *Il est minuit, docteur Schweitzer* » (André Haguët, 1952). Ce film retrace l'itinéraire du célèbre médecin en montrant le dévouement dont il a fait preuve vis-à-vis des indigènes dans son hôpital de Lambaréné au Gabon. Le Dr Schweitzer est dépeint comme "le bienfaiteur de la Jungle". Toutes les luttes à mener y sont résumées :

hostilité des pouvoirs en place, méfiance des populations, enjeux nationaux des pays dits civilisés. Preuve de son implication en tant que médecin d'action, le Dr Albert Schweitzer sera amené à soigner le célèbre Indiana Jones dans « *Les Aventures du jeune Indiana Jones* » (Georges Lucas, 1992). « *Le Grand blanc de Lambaréné* » (Bassek Ba Kobhio, 1994), relate la vie de l'illustre médecin mais de manière plus critique, souligne le paternalisme du médecin envers les indigènes et dénonce l'ambiguïté du personnage, qui malgré un dévouement héroïque, fait preuve d'un comportement empreint de l'esprit colonial de l'époque. Le Dr Norman Bethune, personnage historique incarné par Donald Sutherland, acquis à la cause communiste, aide la Chine en guerre contre le Japon, dans « *Docteur Norman Bethune* » (Philip Borsos, 1987). Médecin alcoolique et rebelle, très dévoué aux malades, il forme des médecins chinois et mourra de septicémie sur le terrain. L'autre médecin et figure incontournable de la médecine humanitaire est le Dr Lowe dans « *La cité de la joie* » (Roland Joffé, 1992). Patrick Swayze incarne un jeune chirurgien américain, parti vivre en Inde après l'échec d'une intervention chirurgicale et qui se découvre et s'épanouit dans l'exercice de sa profession dans un dispensaire au beau milieu de la misère des bidonvilles. D'autres médecins altruistes font leur preuve au cinéma comme le Dr Darrow, onco-pédiatre dans « *Apparitions* » (Tom Shadyac, 2002) accompagnant des enfants vénézuéliens au prix de sa vie ou encore le Dr Kendricks à la tête d'une équipe humanitaire en pleine guerre civile nigérienne, dans « *Les Larmes du Soleil* » (Antoine Fuqua, 2003). Dans « *Au risque de se perdre* » (Fred Zinneman, 1959), Soeur Luc, infirmière tropicale et le Dr Fortunati, au Congo, se dévouent corps et âme à la cause, au point d'attraper la tuberculose. Le Dr Rohan, quant à lui, dans « *La Tribu* » (Yves Boisset, 1990) décide de rejoindre "*Médecin sans frontières*" pour échapper à un monde qu'il juge perverti. Le Dr Feldman s'engage dans l'action humanitaire, dans l'ancienne colonie de l'Est africain par simple goût d'aventure et pour exaucer une promesse faite à un ami assassiné, dans « *Port Djema* » (Eric Heumann, 1996). L'humanitaire devient un devoir universel, présentant néanmoins plusieurs effets délétères : retrouver le sens de sa vie dans le don à l'autre en s'oubliant soi-même peut éloigner de la vie sociale et certains retours au pays s'avèrent difficiles, comme l'illustre le parcours d'Isabelle dans « *Ce que femme veut* » (Gérard Hummel, 1993), partie vivre plusieurs années en Colombie et qui revient en tant que médecin de garde dans un hôpital périphérique.

1.9. Le médecin comique

Le septième art, dernier né des arts du divertissement et héritier des jeux du cirque, du mélodrame et de la pantomime, aime tourner en dérision l'image du médecin. Le médecin en tant qu'icône cinématographique a servi, à plusieurs reprises, de dindon de la farce, suscitant, le plus souvent à ses dépens, l'hilarité du spectateur.

1.9.1. Le médecin burlesque

Comme l'a écrit Jacques Chevalier, « *le cinéma n'a pas inventé le rire, mais il en a systématisé la fabrication ; il a exploité tous les effets basés sur la surprise, l'accumulation, le contraste, le grotesque* » [15]. Ainsi, les médecins n'ont pas échappé à ce processus et les cinéastes français, en tant que pionniers du cinéma burlesque et notamment muet, s'en donnèrent à cœur joie. Georges Méliès nous offre un défilé d'icônes médicales, parodie des charlatans de foire, agrémenté de jeu d'acteurs bondissants et d'effets spéciaux détonants (découpe de corps...)[13]. Rien que les titres de ces courts métrages provoquent l'hilarité du public : « *Le chirurgien américain* » (Georges Méliès, 1897), « *Le malade hydrophobe qui a des roues dans la tête* » (Georges Méliès, 1900), « *Une indigestion* » (Georges Méliès, 1902), « *Chirurgie fin de siècle* » (Georges Méliès, 1902), « *Le système du Docteur Souflamort* » (Georges Méliès, 1905) ou « *Hydrothérapie fantastique* » (Georges Méliès, 1909). Dans ces films, le médecin n'est que prétexte à rire. Dans « *Une indigestion* » Georges Méliès, le médecin n'hésite pas à découper son patient en pièces pour explorer ses douleurs abdominales [14]. Alors que « *Hydrothérapie fantastique* » (Georges Méliès, 1909) nous conte l'histoire d'un homme obèse venu consulter dans l'espoir de retrouver la ligne; au terme d'une succession d'épreuves, aussi inattendues que douloureuses, le patient retrouve sa silhouette svelte d'antan, permettant la parodie du concept publicitaire "avant/après" très en vogue à l'époque.

Parmi les figures de proue de ce carnaval burlesque, émerge un gamin tiré à quatre épingles, parfaite synthèse du dandy *Belle Époque*, le célèbre Max Linder qui se mettra en scène dans la saga des « *Max* » : « *Max, victime du Quinquina* » (Max Linder, 1911), « *Max prend son bain* » (Max Linder, 1911) ou encore « *Max asthmatique* » (Max Linder, 1913), véritable critique des prescriptions médicales s'avérant farfelues et dangereuses pour le protagoniste. Max deviendra même médecin à son tour dans « *Max médecin malgré lui* » (Max Linder, 1917). Cette saga burlesque offre l'image d'un patient obéissant et asservi aux prescriptions médicales, tout en dénonçant les méthodes médicales fantaisistes et grotesques des médecins.

Le genre *slapstick*, à grands coup de tarte à la crème et de « *rire qui tue* », n'épargne pas les médecins, incarnés par des génies du gag, ténors du rire hollywoodien [18]. Charlie Chaplin, en maître du genre, enchaîne les pires catastrophes dans le cabinet du Dr Pain dans « *Charlot dentiste* » (Charlie Chaplin, 1914). « *Oh, Doctor !* » (Roscoe Arbuckle, 1917) met en scène un médecin généraliste obèse, machiste, vénal et caractériel. Le même ressort comique est utilisé dans « *Et puis ça va* » (Fred Newmeyer, 1922). Le corps médical n'échappe pas au tandem comique Laurel et Hardy qui malmène le pauvre docteur en le jetant même par la fenêtre dans « *Maison de tout repos* » (James Parrott, 1932). Dans « *Men in black* » (Raymond MacCarrey, 1934) ou dans « *Dizzy Doctors* » (Jules White, 1937), les trois Stooges, jeunes médecins incapables, ridiculisent la profession à coup d'erreurs médicales flagrantes et de comique de situations. Même les Marx Brothers s'essayeront en médecins burlesques, pour tenter de faire perdurer la flamme de cette "*vis comica*", dans « *Un jour aux courses* » (Sam Wood, 1937).

1.9.2. Le médecin satirique

La figure emblématique de ce médecin satirique est et restera à jamais, le Dr Knock, héros littéraire de Jules Romains avant d'être la célèbre icône cinématographique. Dans sa comédie satirique en trois actes de 1923, "*Knock ou le triomphe de la médecine*", l'auteur s'adonne à une virulente critique du dogmatisme médical, dans la grande tradition de Molière. Incarné à la perfection par un Louis Jouvet charismatique, le personnage du Dr Knock, représenté plus de deux mille fois sur scène et adapté au cinéma à plusieurs reprises dont l'intemporel « *Knock* » (Guy Lefranc, 1951), est passé à la postérité et siège au panthéon des icônes médicales cinématographiques. L'intrigue relate l'histoire d'un trompeur trompé et surtout de l'accession des habitants d'un petit village à l'existence médicale, grâce au génie d'un médecin, manipulateur, entrepreneur et homme d'affaires redoutable. Pendant vingt-cinq ans, les six mille âmes robustes de la petite commune de Saint Maurice n'ont pas sollicité, outre mesure, les bons soins du Dr Parpalaid, petit médecin de campagne rondouillard. Ainsi, quand le vieux médecin, n'ayant ni cru à la médecine ni fait fortune, décide de vendre son cabinet sans clientèle au Dr Knock, l'affaire ressemble fort à une escroquerie. Cependant, le nouveau praticien, bien décidé à se créer une clientèle, use de subterfuge et de manipulation, pour spéculer sur la peur de la maladie et insuffler à la population locale le besoin de se soigner. Ne reculant devant rien, il fait annoncer à grand coups de tambours la gratuité de ses soins le jour du marché. Très vite, tous les habitants accourent pour se faire examiner. En véritable homme d'affaires, le Dr Knock arrive à fédérer autour de lui les intérêts du pharmacien, de l'instituteur et de l'hôtelier. Alors, quand le Dr Parpalaid revient trois mois plus tard encaisser ses traites, il découvre un village « tout

imprégné de médecine » où le Dr Knock règne en maître absolu. Le Dr Parpalaid, désappointé, se retrouve lui aussi hospitalisé et aux mains du bon Dr Knock. Ainsi, l'escroquerie initiale de ce petit médecin de campagne met en valeur « le triomphe de la médecine ».

A travers Knock, c'est la médecine toute entière qui est critiquée et notamment, le commerce qui découle de cette médecine. En effet, le Dr Knock a de véritables compétences d'homme d'affaires, son expérience vient d'ailleurs du négoce de cravates et d'arachides. Loin d'être un « vrai » docteur, il décide de faire de la santé des villageois de Saint Maurice une affaire florissante : « *J'estime que, malgré toutes les tentations contraires, nous devons travailler à la conservation du malade.* » Ainsi, contrairement à la déontologie médicale, le Dr Knock ne tentera pas de guérir ses patients mais plutôt d'entretenir voire de provoquer le mal qui les ronge, source de revenus intarissables pour le médecin manipulateur. Afin d'asseoir son ascendant, il ne cessera de promouvoir la médecine (proposition de campagne d'éducation sanitaire à l'instituteur...) et d'insuffler la notion de maladie dans l'esprit de ses concitoyens, quitte à adapter ensuite tel un homme désintéressé et dévoué, le traitement aux revenus des patients.

Knock ne renvoie certainement pas l'image du bon médecin. Ses connaissances médicales sont uniquement fondées sur la lecture des notices de médicaments. Il exerce la médecine pour obtenir un pouvoir sur autrui et est persuadé d'avoir une emprise sur les individus par la science. Physiquement, il impressionne par sa froideur, sa carrure : l'aspect est étudié, glacial et tranchant à souhait. Son regard donne l'impression d'une véritable introspection de son interlocuteur. Sa technique est bien rodée : quitte à ré-inventer l'anatomie, il terrorise ses patients à coups de gravures ou dessins impressionnants, utilisant un jargon médical incompréhensible et déclenche chez eux une véritable auto-suggestion de leur malaise. Il s'appuie également sur un culte de la personnalité, réclamant son titre de docteur dans toutes discussions, tant il connaît l'influence des titres sur la population. Le Dr Knock s'avère donc être bien plus un comédien remarquable doublé d'un homme d'affaire intraitable qu'un médecin. Il donne l'impression de pouvoir convaincre n'importe qui de n'importe quoi et encore plus quand il s'agit de la santé, se cachant derrière sa fameuse théorie, dont il attribue faussement le prestige au grand Claude Bernard : « *Les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent* ». Knock, à travers cette satire médicale, dénonce « *le viol des consciences, l'asservissement des foules à l'âge scientifique et commercial, lorsqu'un être sans scrupule spécule sur nos peurs ataviques ou joue de nos travers* » [19].

A côté de cet emblème, d'autres satires médicales tentent de faire leur place dans le cinéma. Dans la galaxie hilarante, paranormale, irrévérencieuse et parfois méchante des sieurs Monty Python, tout le monde en prend pour son grade, et surtout ce qu'il y a de plus respectable: le Dieu des catholiques (et des autres d'ailleurs), les militaires, la Mort et bien évidemment les médecins. « *Monty Python, le sens de la vie* » (Terry Jones et Terry Gilliam, 1983) n'hésite pas à dépasser les bornes dans la moquerie en refusant toute limite. *Le miracle de la vie*, 2ème sketch du film, nous dévoile deux odieux chirurgiens faisant une démonstration à des journalistes d'un accouchement quasi automatisé avec utilisation quoique absurde de technologie médicale mais totalement dénué d'humanité et d'empathie. Dans *Le don d'organe*, 6ème volet du long métrage, les deux médecins n'hésitent pas à prélever voire plutôt arracher les organes des donneurs avant leur décès, illustrant par le comique la déshumanisation de la relation médecin-malade.

En pleine guerre froide, « *Dr Folamour ou : comment j'ai appris à ne plus m'en faire et à aimer la bombe* » (Stanley Kubrick, 1964) apparaît comme une comédie satirique, corrosive, fascinante et antimilitariste sur la paranoïa, les préjugés et le pouvoir de fascination des armes. L'intrigue commence par un risque mondial : des missiles américains menacent de détruire l'URSS. Le président des États-Unis décide de consulter le Dr Folamour, seul capable de sauver l'humanité. Ce scientifique transfuge, cousin paralytique de Wernher von Braun et nostalgique du régime nazi, propose en réprimant un salut nazi, une solution empruntée à l'idéologie aryenne : ne sélectionner que les meilleurs sujets pour se réfugier sous terre, avec un ratio de 10 femmes/1 homme et ainsi assurer la survie de l'espèce. Stanley Kubrick signe alors avec Dr Folamour, un de ses films les plus cyniques, les plus caustiques mais aussi les plus brillants, en n'oubliant pas d'écorcher au passage le corps médical et scientifique.

« *M.A.S.H.* » (Robert Altman, 1970) ainsi que la série télévisée « *M*A*S*H** » (Lary Gelbart, 1972-1983) , dénoncent l'absurdité de la condition de médecin dans la guerre de Corée à travers l'histoire de trois chirurgiens de l'unité chirurgicale mobile de campagne (*Mobile Army Surgical Hospital : MASH*). Ces médecins, antimilitaristes, aimant l'alcool et les femmes font régner au sein de cet hôpital de fortune une ambiance de salle de garde alliant plaisanteries d'un goût plus ou moins douteux aux horreurs de la guerre, le tout en bafouant sans cesse l'autorité militaire. Cette comédie satirique et mordante nous montre des médecins désabusés, dépassés par une guerre qu'ils n'ont pas voulue et se réfugiant dans le cynisme et la dérision, tout en exerçant avec précision et réalisme la profession de médecin. Le cinéma nous offre donc "*un film sanglant d'où jaillit le rire !*" comme l'annonce le slogan de l'affiche du film.

Avec « *Scrubs* » (Bill Lawrence, 2001-2010), la télévision nous offre une série humoristique oscillant entre dérision et émotion où les séquences de la rude vie hospitalière sont entrecoupées de scènes surréalistes, le plus souvent loufoques permettant de dédramatiser la situation. « *Scrubs* » qui signifie "*blouses*" en anglais, permet au patient-spectateur de suivre la carrière de JD, jeune médecin généraliste à l'hôpital fictif du Sacré-cœur, de sa première garde à sa titularisation. En alternant scènes de comédie pure et réflexions philosophiques sur le sens de la vie et sur la vie des médecins, en mélangeant le burlesque à la tragédie, « *Scrubs* » fait du rire un exutoire du pire et retranscrit l'expérience de la vie de médecin. Héritière de « *MASH* », la série ne tourne pas l'image du médecin en ridicule mais la désacralise. La série montre qu'au cœur d'un monde où règne la souffrance, la maladie et la mort, le rire devient salutaire.

1.9.3. Le médecin-médicament

Sur un autre versant, le cinéma comique a permis de montrer comment le rire et la bonne humeur peuvent constituer un adjuvant thérapeutique voire psychothérapeutique indispensable; le médecin véhicule ce concept et incarne donc à lui seul le principe de "médecin-médicament". La méthode de Hunter "Patch" Adams est la plus explicite, dans « *Dr Patch* » (Tom Shadyac, 1998). Ce film relate l'histoire vraie d'un étudiant en médecine qui défia la profession et risqua son avenir en prônant les vertus thérapeutiques du rire. Tout commence en 1969 quand Hunter Adams admis dans un hôpital psychiatrique après une tentative de suicide, découvre qu'il a le don de reconforter les patients par ses clowneries. Il découvre alors les bienfaits du rire et de la dérision dans la relation médecin-patient. Sa gaieté lui attire l'inimitié voire l'hostilité de ses condisciples, mais il persévère, dans un seul but : faciliter le dialogue entre soignants et patients et humaniser le soin. En 1971, intimement convaincu du bien-fondé de sa philosophie, il appliquera avec succès ses théories en créant son propre institut. Un autre exemple, bien moins célèbre que le Dr Patch, nous est montré au cinéma sous les traits du Dr John Harvey Kellogg dans « *Aux bons soins du Docteur Kellogg* » (Allan Parker, 1994). Au début du XXème siècle, le Dr Kellogg profite de l'innocence industrielle pour inventer le beurre d'arachide, les corn flakes et la couverture chauffante. C'est sous le signe de cette trinité qu'il place son "sanatorium", à la fois palace et centre de santé de Battle Creek où la haute société américaine vient soigner sa ligne et ses humeurs. Les méthodes exercées sont hétérodoxes : irrigation du colon au yoghourt, "chorales de rire" matinales, chocs électriques, végétarisme, abstinence sexuelle, etc... Derrière toutes ces techniques médicales peu reconnues et grotesques, c'est la personnalité et le charisme du médecin, interprété par Anthony Hopkins omniprésent à l'écran, qui sert de thérapeutique.

Le Dr House peut lui aussi incarner l'image du médecin médicament. En effet, il est une inversion ironique du stéréotype du "bon médecin en blouse blanche", il n'hésite pas à se moquer des patients voire d'être cruel avec eux. Or cette rustrerie peut provoquer le sourire des patients-spectateurs. En se moquant des malades comme des bien-portants, le Dr House dédramatise la maladie et le patient n'est plus un simple "corps malade". Le patient redevient une personne dont on peut rire sans tabou. Le Dr House déjoue par ses mauvaises manières, la maladie, la souffrance et la mort, ce qui semble avoir un impact positif sur le patient-spectateur. Ainsi, le Dr House dérange, étonne, choque le patient-spectateur mais l'influence.

1.9.4. Le médecin parodique

Les cinéastes n'ont pas hésité à ridiculiser les médecins dans des comédies à succès, en accentuant à outrance certains travers de la profession. Ainsi le médecin devient un véritable pantin aux mains des scénaristes, pour faire rire le spectateur et pour notre plus grand plaisir. Les exemples de films comiques où intervient un médecin sont intarissables; néanmoins, certains médecins à l'écran ont marqué le public.

« *Un éléphant ça trompe énormément* » (Yves Robert, 1976) et « *Nous irons tous au paradis* » (Yves Robert, 1977) relatent les aventures de Simon Messina, médecin généraliste compétent et bon copain mais étouffé par sa mère quelque peu envahissante. Les conflits sont incessants et hilarants, allant même jusqu'à une véritable scène dans la salle d'attente du cabinet devant tous les patients. Le décès brutal de sa mère plongera Simon dans le chagrin et la souffrance. Dans la satire humoristique des Bronzés, « *Les Bronzés* » (Patrice Leconte, 1978), « *Les Bronzés font du ski* » (Patrice Leconte, 1979) et « *Les Bronzés 3, Amis pour la vie* » (Patrice Leconte, 2006), Christian Clavier alias Jérôme, y joue le rôle d'un médecin généraliste prétentieux, *snob* et capricieux. Il ne perd d'ailleurs jamais une occasion de rappeler son statut de médecin afin de se mettre en valeur : « *Viens me voir si tu as le moindre pépin, je suis médecin. Mais essaye de ne pas me déranger pour des bricoles quand même, je suis en vacances, merci.* » Une chose est certaine, il ne brille pas par ses compétences et son savoir-faire. Ses crises d'hystérie donnent vie à des moments d'humour intense, notamment lorsqu'il découvre une urgence sur sa table d'examen qui n'est autre qu'un cochon à soigner ! Dans le même esprit, on retrouve des médecins plus incompetents les uns que les autres dans « *Les Sous-doués en vacances* » (Claude Zidi, 1981) où le médecin "raccourcit" le patient en multipliant les opérations ratées après une fracture du cubitus, situé bien évidemment au membre inférieur... Ou encore l'intervention plus que

farfelue du Dr Rumack, épargné de l'intoxication alimentaire décimant tous les passagers ainsi que l'équipage dans « *Y-a-t-il un pilote dans l'avion ?* » (Jim Abrahams, 1980).

D'autres films véhiculent une image du médecin tournée en dérision comme « *Ma femme s'appelle revient* » (Patrice Leconte, 1981) où le Dr Fizet, médecin à SOS médecin regrette de ne pas être chirurgien comme son frère, ou dans « *Le complexe du kangourou* » (Pierre Jolivet, 1986) où le médecin solitaire s'installe définitivement dans son cabinet et ne le quitte plus. Autre satire, « *La vie est un long fleuve tranquille* » (Etienne Chatilliez, 1988) ne suit pas à proprement parler les tribulations du médecin mais toute l'histoire découle de l'attitude désobligeante d'un obstétricien à l'égard de sa maîtresse. Cette dernière, sage-femme à l'hôpital, intervertira par vengeance, les bracelets de deux nouveaux-nés, issus de deux familles diamétralement opposées au niveau socio-culturel, à l'origine de quelques situations des plus cocasses.

Certaines comédies américaines ont eu recours à des gags grossiers pour présenter des médecins grivois et caricaturaux comme dans « *Docteurs in love* » (Gray Marshall, 1982) ou « *L'hôpital* » (Arthur Hiller, 1971).

Enfin, parfois c'est simplement l'apparence physique du médecin qui le ridiculise et lui donne un aspect de véritable bouffon. Alain Chabat dans « *La débandade* » (Claude Berri, 1999) incarne un andrologue volontiers comique de par son style vestimentaire "has been", son nœud papillon à fleur, son costume obsolète et sa grande moustache. De la même manière, le Dr Gipch dans « *A coup sûr* » (Delphine de Vigan, 2014) nous offre la vision d'un sexologue au look décalé et aux méthodes plus que farfelues.

La sitcom « *H* » (Abd-el-Kader Aoun, Xavier Matthieu et Eric Judor, 1998-2002) dresse un portrait totalement surréaliste de l'univers médical et tourne en dérision tous les médecins. Le chef de service, le Pr Maximilien Strauss est grotesque et farfelu, il cumule tous les vices. Le Dr Béatrice Golberg est l'archétype de la "vieille fille" et perpétue l'image du médecin ayant raté sa vie !

1.9.5. Le médecin « malgré lui »

Souvent dans les comédies, les non-médecins s'improvisent médecins pour majorer le caractère hilarant de certaines scènes. Néanmoins, on ne peut que constater que dans la plupart du temps, ces personnages, dénués de toute culture médicale, se débrouillent comme de véritables professionnels. Hugo Z. Hackenbush, dans « *Un jour aux courses* » (Sam Wood, 1937) est engagé dans un sanatorium alors qu'en réalité il n'est pas médecin

mais vétérinaire. De la même façon, le Dr Martin, vétérinaire de formation, arrive à extraire une balle logée dans la cuisse de Gérard Depardieu alias Jean Lucas dans « *Les Fugitifs* » (Francis Veber, 1986) avec autant de dextérité qu'un vrai chirurgien. Souvent les malfrats subtilisent les blouses de praticiens pour fuir un hôpital et ainsi échapper au contrôle de la police, c'est le cas dans « *Toubib malgré lui* » (Michael Apted, 1987) où un escroc est pris involontairement pour un psychiatre. N'ayant pas le choix, il devra aller au bout de son subterfuge et tentera même de remettre de l'ordre dans l'hôpital en examinant les patients, en effectuant un accouchement ou en se servant d'un hélicoptère comme ventilateur !

1.10. Le médecin fantastique

C'est quand le cinéma s'aventure sur les chemins sinueux de l'extraordinaire et du fantastique, que la médecine révèle tous ses éclats. Ainsi, les médecins de ce genre cinématographique sont certainement les personnages les plus marquants du cinéma, de telle sorte, qu'ils incarnent, à eux seuls, de véritables vedettes de l'imaginaire populaire. Les agissements de ces médecins malveillants, leur pratique médicale, leur éthique pour le moins peu recommandable fascinent le public.

1.10.1. L'incarnation du Mal

Ce médecin démoniaque n'œuvre que dans son intérêt propre et n'a que pour unique ambition la domination de ses semblables et du monde. Le génie du Mal est incarné au cinéma par deux figures emblématiques: le Dr Caligari et le Dr Mabuse. « *Le Cabinet du Dr Caligari* » (Robert Wiene, 1920) nous raconte l'histoire d'un psychiatre sociopathe, meurtrier par procuration ayant recours à l'hypnose sur ses patients pour l'accomplissement de ses basses besognes. Ce film expressionniste et muet allemand renvoie l'image d'un "Maître" Caligari autoproclamé, qui domine totalement son patient en anéantissant le libre-arbitre. Une métaphore de la relation médecin-malade pathologique et asservissante semble se dessiner en filigrane dans cette œuvre. Ainsi, ce médecin d'allure terrifiante, adepte des manipulations mentales associées aux décors fantasmagoriques et torturés confère au Dr Caligari une aura de monstre démoniaque, réelle incarnation du Mal.

Dans le même esprit, Fritz Lang donne naissance au Dr Mabuse, médecin diabolique et mégalomane, avide de pouvoir et manipulateur hors pair dans le « *Docteur Mabuse, le joueur* » (Fritz Lang, 1922). Ce médecin de renom mène une double vie; criminel aux milles visages, dénué de tout scrupule, il sème le chaos dans la haute société berlinoise...

Cette figure démoniaque, des centaines de fois démasquée, arrêtée, incarcérée, renaît toujours. Ainsi, le Dr Mabuse apparaît dans plus d'une dizaine d'adaptations cinématographiques dont « *Le Testament du Docteur Mabuse* » (Fritz Lang, 1933) et « *Le Diabolique Docteur Mabuse* » (Fritz Lang, 1961) dans lequel ce dernier, toujours assoiffé de puissance, détient l'arme atomique. La dernière adaptation au cinéma est le « *Dr M.* » (Claude Chabrol, 1990) où ce médecin, tout aussi démoniaque, a recours à la télévision, symbolisant le pouvoir de l'hypnose, pour déstabiliser tout un pays.

Une autre figure du cinéma semble se dessiner, bien que moins connue que les deux précédentes. Le Dr Fu Manchu a pour vocation la domination du monde à des fins personnelles. Il apparaît sur les écrans pour la première fois dans « *The Mysterious Dr Fu Manchu* » (Rowland V. Lee, 1929). Bien que sa spécialité ne soit pas définie, il est rattaché à la profession médicale du fait de ses agissements: expérimentations chimiques, recours au bistouri... Narcissique, il use de procédés farfelus pour parvenir à ses fins et s'entoure de personnages du moins peu fréquentables (assassins mystiques, indigènes fanatiques) ce qui accentue son pouvoir maléfique. Il sera le héros d'une trentaine de films dont le plus célèbre est « *Le Masque d'or* » (Charles Bradin, 1932). De plus, nous pouvons constater que ce personnage malveillant a laissé une empreinte indélébile dans le cinéma mondial. En effet, tout héros digne de ce nom a, au moins une fois dans ses aventures, affronté un scientifique diabolique inspiré de Fu-Manchu: « *Superman* » (Dave Fleisher, 1941), James Bond dans « *James Bond contre Dr No* » (Terence Young, 1962) ou Dick Tracy dans « *G-Men* » (William Keighley, 1939).

1.10.2. Les savants fous

Le savant fou est l'archétype du savant retrouvé très souvent dans les films fantastiques. Qu'il se révèle haineux, aigri, paranoïaque et menaçant ou, au contraire, humaniste, généreux, maladroit et pacifique, le résultat de ses expériences est toujours le même : catastrophique! Le savant fou est généralement très intelligent, parfois même un véritable génie, et il fait bien souvent des découvertes incroyables et novatrices qui tournent malheureusement très mal. Il est généralement conscient de son génie mais sa mégalomanie le pousse à tenter des expériences qui échappent aux lois de la morale et du bon sens car rien n'est plus important à ses yeux que le résultat de son œuvre pour l'avancée de la science. Le cinéma nous offre tout un panel de savants fous, des plus malchanceux aux plus machiavéliques et nous projette l'icône médicale cinématographique la plus répandue au monde. Ce genre cinématographique regorge de figures fondatrices. Ainsi, la simple évocation du Dr Frankenstein ou du Dr Jekyll suscite chez le spectateur

fantasmes et fascination. En effet, c'est dans ce genre que le cinéma peut nous emporter le plus loin. Le personnage du médecin suivra donc cette inflation de fantasmes pour atteindre de véritables sommets dans l'imaginaire voire dans l'horreur. Le médecin fascine autant par la positivité qu'il renvoie quand il soigne, que par la crainte qu'il inspire par son pouvoir mystérieux sur notre corps. Dès lors, quand l'imaginaire s'affranchit de la réalité, le médecin présente tous les atouts nécessaires pour basculer dans le cauchemar.

Le plus célèbre des savants fous restera à jamais le baron Frankenstein, ce savant demiurge, créateur d'un monstre criminel et incontrôlable, fabriqué à partir de pièces de cadavres humains et d'un cerveau dérobé à la faculté. Ce mythe est le plus adapté au monde, tous médias confondus. On dénombre plus d'une trentaine d'adaptations cinématographiques à ce jour. Parmi les plus connues, « *Frankenstein, l'homme qui créa un monstre* » (Jales Whale, 1931) où la créature hybride est incarnée par Boris Karloff ou encore « *Frankenstein* » (Kenneth Branagh, 1994) où Robert De Niro nous livre une performance magistrale en monstre attendrissant. Le succès populaire est tel que l'on ne compte plus les suites relatant la tragédie de ce baron et de sa créature. Nous pouvons citer « *La fiancée de Frankenstein* » (James Whale, 1935), « *Le Fils de Frankenstein* » (Rowland Lee, 1939), « *Le spectre de Frankenstein* » (Erl Kenton, 1942) et ainsi de suite. Dans ces opus, la créature n'est plus suivie par son père créateur le Dr Frankenstein mais par une galerie de médecins manipulateurs, fous et assoiffés de pouvoir. La succession de films dérivés a fait disparaître le personnage du médecin créateur au profit de sa créature; cependant, il convient de rappeler que Frankenstein est le nom du docteur et non de la créature, dénuée d'état civil. Dans les années 50, le baron Frankenstein reprend le pas sur sa créature. Médecin mégalomane, immoral, apprenti sorcier, contrairement à sa représentation initiale de médecin modèle, humain et bon père de famille, il joue avec les corps et les âmes en créant les combinaisons les plus diverses et de plus en plus osées: après un « *Frankenstein s'est échappé* » (Terence Fisher, 1957) relativement conventionnel, le cerveau de son aide bossue est greffé dans une nouvelle créature dans « *La revanche de Frankenstein* » (Terence Fisher, 1958), celui d'un orphelin vengeur dans le corps d'une jeune fille défigurée dans « *Frankenstein crée la femme* » (Terence Fisher, 1966), celui d'un génie de la médecine dans le corps d'un aliéné dans « *Le retour de Frankenstein* » (Terence Fisher, 1969). Signe de son infiltration profonde dans la culture populaire, le personnage a même connu des déclinaisons comiques : « *Frankenstein Junior* » (Mel Brooks, 1974), érotiques: « *Les expériences érotiques de Frankenstein* » (Jesus Franco, 1972) voire un film d'animation: « *Frankenweenie* » (Tim Burton, 2012). Tous ces films nous montrent un médecin oeuvrant non pas pour le bien de l'humanité mais pour son intérêt propre, par pure ambition. Le spectateur découvre alors les dangers d'une science qui n'aurait pour finalité

que la seule recherche scientifique. Ce mythe ne cesse de fasciner les cinéastes puisqu'il s'adapte à merveille aux divers progrès de la science et à ses dérives.

Frankenstein, en véritable icône médicale, a inspiré d'innombrables scientifiques cinématographiques. Le principal héritier du baron est le Dr Moreau. Cet éminent médecin fantastique est né sous les plumes du grand romancier HG Wells qui nous livre une version cauchemardesque de la médecine expérimentale dans "L'île du Dr Moreau". Signe de sa pertinence, cette œuvre littéraire a été l'objet d'une quinzaine d'adaptations cinématographiques plus ou moins officielles. La première « *L'île du Dr Moreau* » (Erle Kenton, 1932) est réalisée par un spécialiste du genre fantastique de l'époque. Néanmoins, la dernière version « *L'île du Dr Moreau* » (John Frankenheimer, 1996) avec Marlon Brandon dans le rôle titre reste la plus connue. Dans toutes les versions, le Dr Moreau apparaît comme un généticien mégalomane qui se livre à des expériences médicales douteuses aux fins fonds de son île exotique. Souhaitant faire avancer la science, il tente de combiner les qualités physiques des animaux avec l'intelligence humaine en créant des êtres hybrides, à l'origine d'une race nouvelle de créatures dont il est le maître absolu. Le Dr Moreau incarne alors le médecin, qui en proie à une passion scientifique jamais apaisée, confond ambition personnelle et humanité. Ce film est remarquable par l'ambiance étrange et malsaine qui s'en dégage mais subira une véritable malédiction. Sa première sortie au cinéma sera un échec, le public de l'époque n'étant pas prêt pour un tel sujet: la part animale de chaque homme n'est pas un propos politiquement correct.

D'autres médecins et savants fous viendront défendre les idéaux du Dr Moreau au cinéma. Ainsi, nous pouvons citer « *L'effrayant Dr Hijikata* » (Teruo Ishii, 1969) rêvant, sur son île déserte, de transformer ses semblables à son image. Les médecins de « *Snake* » (Bernard L. Kowalski, 1973) et « *Splice* » (Vincenzo Natali, 2009) ont recours à l'hybridation d'ADN humain et animal, alors que « *Le médecin dément de l'île de sang* » (Gerardo de Leon et Eddie Romero, 1968) expérimentent l'hybridation d'ADN végétal sur les humains. Dans le même esprit, le Dr Mirakle tente de croiser l'espèce humaine et les gorilles pour créer une armée de meurtriers dans une série de films: « *Double assassinat dans la rue Morgue* » (Robert Florey, 1932), « *Le Fantôme de la rue Morgue* » (Roy del Ruth, 1954) et enfin « *Murders in the rue Morgue* » (Gordon Hessler, 1971).

Un autre mythe médical moderne incontournable du cinéma est le couple Dr Jekyll et Mister Hide. L'histoire fascinante de ce médecin-chimiste dans l'Angleterre de l'époque victorienne deviendra rapidement un des sujets de prédilection du cinéma fantastique. Le vertueux mais timide et prude Dr Jekyll n'a qu'un objectif: éradiquer le mal tapi au cœur

de tout homme. Il met alors au point une potion permettant de séparer le bien du mal chez le même animal. Il a la folle idée de s'inoculer la substance afin de l'expérimenter sur lui. Or la drogue injectée se révèle avoir l'effet inverse sur l'homme: il se transforme alors en Mister Hyde, un être maléfique, hideux et abject, manipulé par des pulsions primitives pouvant conduire à la violence et aux meurtres. Seulement deux décennies après son écriture par Robert Louis Stevenson en 1886, le Dr Jekyll devient un emblème du film fantastique. « *Dr. Jekyll et Mr. Hyde* » (William Selig, 1908) est la première adaptation cinématographique. Une quinzaine d'autres versions suivront dont les plus célèbres sont « *Dr. Jekyll et Mr. Hyde* » (John S. Robertson, 1920), « *Le Docteur Jekyll et Mister Hyde* » (Rouben Manoulian, 1931) ou « *Mary Reilly* » (Stephen Frears, 1996). En 1960, Terence Fisher délaisse même Frankenstein pour proposer sa propre version du Dr Jekyll dans « *Les deux visages du docteur Jekyll* » (Terence Fisher, 1960) qui oppose un vieux et usé docteur Jekyll et un jeune et beau Hyde. « *Le testament du Docteur Cordelier* » (Jean Renoir, 1959) s'attaque au mythe du couple Jekyll / Hyde en mettant en scène le Dr Cordelier et son alter-égo sadique Opale. Une fois n'est pas coutume, devant l'impact cinématographique positif de cette œuvre, le cinéma nous propose des déclinaisons très hétéroclites, allant du versant comique: « *Dr Pyckle and Mr. Pryde* » (Scott Pembroke et Joe Rock, 1925) interprété par Stan Laurel ou « *Docteur Jerry et Mister Love* » (Jerry Lewis, 1963) aux versions féministes: « *Docteur Jekyll et sister Hyde* » (Roy W. Baker, 1971) en passant par les versions érotiques : « *Dr Sexual et Mr Hyde* » (Anthony Brzezinski, 1971) ou « *Docteur Jekyll et les femmes* » (Walerian Borowczyk, 1981) et pour finir la version super-héros: « *Hulk* » (Ang Lee, 2003) ou « *La ligue des Gentlemen extraordinaires* » (Stephen Norrington, 2003).

Un personnage moins célèbre que les précédents mais non moins important par son apparence, est le Pr Rotwang de « *Metropolis* » (Fritz Lang, 1927). Ce film présente le prototype même du savant fou à l'écran. Rudolf-Klein Rogge incarne avec brio ce génie du Mal qui crée des machines donnant vie à la ville dont le film porte le nom. Le laboratoire de Rotwang, où se trouvent pêle-mêle des arcs électriques, des appareils en ébullition et des tableaux de contrôles a contribué à la création de l'archétype du savant fou au cinéma. Le Pr Rotwang apparaît comme maître de pouvoirs scientifiques presque mystiques. Cependant, il semble être esclave de ses désirs de pouvoir et de vengeance. Son aspect physique a une influence non négligeable sur la constitution du mythe en fournissant le costume définitif du savant fou : cheveux grisonnants hirsutes, yeux écarquillés et regard halluciné.

Les grandes figures de l'Incarnation du Mal sont aussi à l'honneur au petit écran. Ainsi « *The Frankenstein Chronicles* » (Benjamin Ross et Barry Langford, 2004) ou encore « *Jekyll* » (Steven Moffat, 2007) remportent un franc succès auprès des téléspectateurs, majorant l'impact de leurs ancêtres cinématographiques.

1.10.3. Les disciples de Satan

Le mythe de Faust nous livre le plus grand sataniste de tous les temps. Le Dr Faust, médecin, savant et Maître dans le maniement de la magie noire, déçu par l'aporie à laquelle le condamne son art, signe un pacte avec le Diable. Lucifer promet d'assouvir tous les désirs du savant: plaisirs de la vie, recherche de la jeunesse éternelle ou encore acquisition d'une connaissance absolue, au prix de son âme. Le cinéma se délecta du destin extraordinaire de ce savant aux mains du Malin. Les premières adaptations remontent au XIX^{ème} siècle avec le film muet « *Faust et Marguerite* » (Georges Méliès, 1898) suivi par « *La damnation de Faust* » (Georges Méliès, 1898). Le mythe de Faust devient alors une véritable corne d'abondance pour tous les cinéastes en quête d'effets spéciaux et de mises en scène terrifiantes. Nous pourrions citer le film pictural « *Faust, une légende allemande* » (Friedrich Murnau, 1926) qui donne l'illusion de la peinture; certains plans constituant de véritables réminiscences de toiles célèbres. De grands noms du cinéma français ou américain ont prêté leur visage au docteur Faust : Michel Simon interprète un Faust vieux enclin aux regrets et Gérard Philippe un Faust jeune, séduisant et riche dans « *La beauté du Diable* » (René Clair, 1950). Le « *Doctor Faustus* » (Richard Burton, 1967) tente de pousser les portes de la mort à des fins d'éternité pour les beaux yeux d'Elizabeth Taylor. « *Faust* » (Alexandre Sokourov, 2011), quatrième volet de la tétralogie sur le Mal, nous montre un Dr Faust, bien que penseur et pionnier de son temps, manipulable à souhait par l'incarnation de Satan et conduit par la luxure, la cupidité et les pulsions. D'autres œuvres se sont inspirées du mythe de Faust tel que « *Fausto 5.0* » (Alex Olle, Isidro Ortiz et Carlos Padrissa, 2001) en version horreur et épouvante ou « *L'imaginarium du Dr Parnassus* » (Terry Gilliam, 2009) en tragi-comédie.

Les héritiers de Faust sont nombreux et les médecins satanistes et démoniaques expliquent l'engouement du spectateur pour les films fantastiques voire d'épouvante. Nous ne citerons que quelques exemples de ces médecins damnés notamment « *Maciste aux enfers* » (Guido Brignone, 1926) où le médecin apparaît sous les traits de la fille du Satan, « *Le mystérieux Docteur Satan* » (William Witney, 1940) ou encore « *Le Diabolique Dr Flak* » (Jean-Jacques Rousseau, 1980).

Les médecins satanistes sont représentés à la télévision dans la fiction danoise « *L'Hôpital & ses fantômes* » (Lars von Trier, 1994-1997). Les médecins, bien que rationnels dans les premiers épisodes, finissent par sombrer dans la folie et apparaissent comme possédés par le démon qui hante l'hôpital. En raison du succès de la série, Stephen King, le roi de l'épouvante, a proposé sa version américaine : « *Kingdom Hospital* » (Stephen King, 2004).

1.10.4. Les créatures surnaturelles

Des créatures surnaturelles en tout genre, exerçant la profession de médecin existent à l'écran. Ainsi, dans « *Les prédateurs* » (Tony Scott, 1983), la séduisante Dr Sarah Roberts, spécialiste des mécanismes du vieillissement, se verra acquérir l'immortalité suite à la morsure d'une femme-vampire âgée de 4000 ans. Après avoir lutté contre sa nature de vampire, elle cède à son irresistible soif de sang. Un autre vampire célèbre est le Dr Carlisle Cullen dans la saga « *Twilight I : Fascination* » (Catherine Hardwick, 2008), « *Twilight II: Tentation* » (Chris Weitz, 2009), « *Twilight III: Hésitation* » (David Slade, 2010) et « *Twilight IV : 1ère et 2ème partie* » (Bill Condon, 2011-2012) qui se différencie de ces congénères par son régime végétarien lui permettant de s'abreuver exclusivement de sang animal. Il décide de travailler en tant que médecin à la fois par compassion et pour lutter contre sa soif de sang humain. Le « *Dr Who* » (Sydney Newman et Donald Wilson, 1963-1996), est un extraterrestre doté de pouvoirs surhumains, voyage dans le temps et sauve régulièrement le monde de menaces surnaturelles. Très récemment, dans « *I Zombie* » (Rob Thomas, 2015), le Dr Olivia Moore, transformée accidentellement en zombie, travaille en tant que médecin légiste afin de pouvoir profiter du festin que représentent les cervelles des défunts. A chaque bouchée, elle hérite des souvenirs de la personne. Cherchant un sens à sa vie, elle comprend que cette capacité peut lui permettre de résoudre des affaires de meurtres non élucidées et ainsi calmer les voix qui tourmentent son esprit. Enfin, « *Forever* » (Matthew Miller, 2014-2015) nous fait découvrir le Dr Henry Morgan, âgé de plus de 200 ans et immortel. Il est médecin légiste à l'Institut médico-légal de New-York. S'il s'intéresse d'aussi près à la mort, c'est parce qu'il cherche un remède qui le guérira de son immortalité.

Bien qu'êtres surnaturels et par essence malfaisant, ces personnages suscitent la sympathie du spectateur par le combat qu'ils mènent contre leur nature. Ils tentent de maîtriser leurs instincts afin de protéger l'humanité.

1.10.5. Les vengeurs du Surnaturel

Même si ce n'est pas sa représentation la plus populaire, dans le domaine du fantastique, le médecin peut être amené à se comporter comme un véritable aventurier, luttant pour le bien de l'humanité, à la manière d'un médecin humanitaire. Cependant, les pathologies rencontrées sont alors bien différentes, et l'épidémie la plus répandue est le vampirisme. Le Dr Van Helsing se positionne en défenseur de la planète et en farouche adversaire du célèbre Comte Dracula. Personnage emblématique, ce médecin et homme de loi, possède tout un arsenal d'armes ainsi qu'une équipe de scientifiques déterminés à venir à bout du démon vampirique suceur de sang. Célèbre figure du cinéma, il est incarné à maintes reprises à l'écran par des acteurs prestigieux comme Edward Von Sloan dans « *Dracula* » (Tod Browning, 1931), Peter Cushing dans « *Le Cauchemar de Dracula* » (Terence Fisher, 1958), Laurence Olivier dans « *Dracula* » (John Bradham, 1979), Anthony Hopkins dans « *Dracula* » (Francis Ford Coppola, 1992) ou encore Hugh Jackman dans « *Van Helsing* » (Steven Sommers, 2004). En dignes successeurs du Dr Van Helsing, d'autres médecins se situent dans la lignée des chasseurs de vampires comme dans « *Je suis une légende* » (Vincent Price, 1964), « *Le Survivant* » (Boris Sagal, 1971), « *Je suis une légende* » (Francis Lawrence, 2007) et « *I am Omega* » (Griff Furst, 2007).

Les vampires ne représentent pas la seule menace dont doivent venir à bout ces aventuriers du fantastique. Dans « *Le Masque du Démon* » (Mario Bava, 1960), le Pr Kruvajan, provoque involontairement en se blessant à la main, le réveil d'une infâme sorcière, bannie plusieurs siècles auparavant et qui avant de mourir avait lancé une terrible malédiction. Dans « *L'invasion des morts vivants* » (John Gilling, 1966), le Pr Forbes prête main forte au Dr Tompson pour venir à bout d'une force démoniaque constituée d'une horde de zombies. Dans ces différentes œuvres, le médecin cartésien s'oppose à un ennemi surnaturel et démonique; il représente l'allégorie de la médecine ancestrale où le médecin devait exorciser son patient des démons responsables de sa pathologie.

La télévision a mis en scène l'une des plus célèbres icônes médicales féminines du petit écran: le Dr Dana Scully dans la série fantastique « *X-Files: aux frontières du réel* » (Chris Carter 1993-2002). Ce médecin légiste collabore avec l'agent Fox Mulder pour déjouer des événements surnaturels de toutes sortes: invasions extraterrestres, apparition de fantômes, attaques de vampires.. Au fil des épisodes, elle est amenée à opposer son rationalisme aux théories surnaturelles de Mulder et de ce fait, incarne l'opposition classique de la Science à la Croyance.

1.11. Le médecin de science-fiction

Le cinéma de science-fiction utilise les mêmes ressorts que le cinéma fantastique, ainsi notre analyse s'inscrit dans une continuité de genre. Cependant, contrairement aux films fantastiques où l'objectif premier est de terrifier le spectateur, la science-fiction nous fait voyager dans le futur et tente de le rendre le plus crédible possible. Le cinéma nous fait découvrir des aventures d'anticipation qui se veulent paradoxalement plus réalistes que les films fantastiques purs. Le médecin de science-fiction est donc représenté la plupart du temps comme un chercheur voire un expérimentateur essayant de faire progresser la science ou comme un scientifique figurant le savant du futur, essayant d'analyser ou de détecter toute trace de vie extra-terrestre.

1.11.1. Les expérimentateurs acharnés

Ces médecins, expérimentateurs de l'extrême, flirtent avec l'image du médecin fantastique par leur côté insensible et obsessionnel. L'expérimentateur peut en oublier son devoir de soigner pour un devoir qui lui semble plus important. « *Mesures d'urgence* » (Michael Apted, 1996) nous plonge dans le domaine de la neurochirurgie et dans la recherche expérimentale d'un procédé permettant de redonner l'influx nerveux aux tétraplégiques. Derrière cette volonté de progrès, se cache la notion d'expérimentation sur cobayes humains, dans ce cas précis, les SDF de New York.

Tous les thèmes de l'expérimentation sont alors abordés sans tabous par la science-fiction. La greffe d'organes apparaît comme le thème de prédilection; il faut néanmoins souligner que la charge symbolique de l'organe greffé diffère entre la réalité et la fiction. Ainsi les organes des sens seront les organes préférentiellement greffés au cinéma au détriment des organes nobles et vitaux de la réalité, exception faite du cœur. Les cinéastes nous font part de leur incertitude concernant ce processus révolutionnaire et nous permettent d'explorer le problème de l'identité à travers les greffes. Le premier exemple de médecin greffeur est bien évidemment le Dr Frankenstein qui assemble plusieurs morceaux de cadavres pour réaliser sa créature. La liste des médecins réalisant des greffes est interminable. Néanmoins, certains de ces savants ont marqué l'opinion populaire. La greffe de main réalisée par le Dr Gogol sur un célèbre pianiste victime d'un accident de train, est la première adaptation cinématographique à travers « *Les mains d'Orlac* » (Robert Wiene, 1924) suivie d'autres adaptations par Karl Freund en 1935 et Edmond Gréville en 1960. D'autres films plus récents utilisent le même fil narratif tel que « *Body Parts* » (Eric Red, 1991). La greffe de visage a été exploitée de nombreuses fois au cinéma et cela bien avant

son invention, ce qui nous replace bien dans le contexte de la science-fiction. Le médecin permet à l'individu greffé de devenir une autre personne et ainsi, de modifier son identité propre, à savoir son *Moi*. Cette intervention aura alors des conséquences sur l'aspect physique de l'individu mais aussi sur les sphères sociales, familiales et personnelles. Dans « *Les yeux sans visage* » (Georges Franju, 1959), « *L'horrible docteur Orloff* » (Jesus Franco, 1963), « *La rose écorchée* » (Claude Mulot, 1969) et « *Les prédateurs de la nuit* » (Jess Franco, 1988), un chirurgien esthétique séquestre et mutilé des jeunes femmes dont il prélève des fragments de peau afin d'effectuer une greffe de visage sur une personne brûlée. L'exemple le plus manifeste de greffe de visage est illustré dans le film « *Volte/Face* » (John Woo, 1997) qui nous offre une inversion de visage et d'identité entre le terroriste Nicolas Cage et l'agent du FBI John Travolta. Le même fil narratif est utilisé dans le film d'espionnage appartenant à la saga des James Bond, « *Meurt un autre jour* » (Lee Tamahori, 2002). La transplantation cardiaque fascine les scénaristes et le public, bien avant sa réalisation médicale, le Dr Savard dans « *The man they could not hang* » (Nick Grinde, 1939) bénéficie d'une greffe cardiaque. Ce thème est repris dans « *King Kong II* » (John Guillermin, 1986) où le célèbre gorille se voit transplanté par une équipe de chirurgiens un cœur artificiel. Enfin, la greffe de cerveau et d'esprit a tout particulièrement fasciné le septième art pour les extraordinaires perspectives de scénario qu'elle offrait. Les films abordant le transfert de pensées ou de personnalités les plus diverses par des médecins expérimentateurs abondent. Dans « *Le cerveau qui ne voulait pas mourir* » (Joseph Green, 1962), un médecin recherche un corps pour la tête de son épouse décapitée lors d'un accident de la circulation alors que « *L'homme au cerveau greffé* » (Jacques Doniol-Valcroze, 1971) relate la transplantation cérébrale d'un éminent neurologue atteint d'une cardiopathie sévère dans le corps d'un jeune homme. La greffe d'esprit demeure certainement la greffe la plus idéalisée puisqu'elle confère à celui qui la maîtrise la capacité de contrôler la pensée humaine. Ainsi, dans des films comme « *The Man Who Changed His Mind* » (Robert Stevenson, 1936) ou « *La Machine* » (François Dupeyron, 1994), des médecins inventent des appareils permettant de transplanter un esprit dans un autre corps. Récemment, le Dr Grace Augustine, incarnée par Sigourney Weaver dans « *Avatar* » (James Cameron, 2009) avait recours à la même technologie pour transférer sa conscience dans le corps d'hybrides extraterrestres afin d'explorer des contrées inconnues et d'entrer en interaction avec le peuple autochtone. Le même processus est utilisé par les habitants de Zion dans la trilogie « *Matrix* » (Larry et Andy Wachowski, 1999 et 2003) pour rejoindre le monde réel.

La science-fiction explore le fantasme extrême de tout scientifique : le clonage et l'eugénisme. Aussi, bien qu'interdit en France, le clonage fait des ravages au cinéma notamment dans « *Ces garçons qui venaient du Brésil* » (Franklin J. Schaffner, 1978) qui

met en scène le tristement célèbre Dr Mengele (incarné par Gregory Peck) tentant de créer des clones d'Hitler en vue d'un IVème Reich. Avec l'avènement des années 2000, le clonage devient l'arme absolue de domination dans « *A l'aube du 6ème jour* » (Roger Spottiswoode, 2000). Enfin, « *Bienvenue à Gattaca* » (Andrew Niccol, 1997) nous dépeint un futur proche terrifiant où l'humanité vit sous le règne de l'eugénisme: chaque être est identifié par son ADN et chaque anomalie est détectée; seuls les humains au patrimoine génétique parfait peuvent jouer un rôle dans la société. Ainsi, à la naissance, les médecins jouent un rôle d'aiguilleur distinguant les “validés”, sujets parfaits, des “invalidés” héritant des basses besognes. Ces médecins aux allures inoffensives renvoient l'image de scientifiques dépassés et dominés par la Science et par le progrès. Ces médecins ne sont pas révoltés puisque dans ce futur utopique, la sélection génétique est la clé d'un système annoncé comme idéal.

D'autres thèmes, des plus réalistes aux plus louffoques, inondent le cinéma de science-fiction. Les médecins n'hésitent pas à manipuler les corps et à modifier la structure corporelle à des fins d'expérimentation. « *Le Docteur Cyclops* » (Ernest Schoedsack, 1940) inaugure un système réduisant la taille humaine. Dans « *L'homme qui rétrécit* » (Jack Arnold, 1957), Scott Carey rétrécit d'heure en heure jusqu'à l'extinction suite à une irradiation et cela devant l'impuissance du corps médical. « *Le voyage fantastique* » (Richard Fleisher, 1966) ou encore « *L'aventure intérieure* » (Joe Dante, 1987) nous fait découvrir, par l'intermédiaire de médecins miniaturisés, le corps humain de l'intérieur. Les médecins de science-fiction parviennent même à rendre le corps invisible. De nombreux longs métrages ont donc été inspirés du célèbre roman de HG Wells où un médecin découvre le secret de l'invisibilité comme « *L'homme invisible* » (James Whale, 1933), « *Le retour de l'homme invisible* » (Joe May, 1940) ou encore « *Hollow Man, l'homme sans ombre* » (Paul Verhoeven, 2000). Les médecins au cinéma ont nourri le fantasme de contrôler les éléments pour le bien de l'humanité. Le voyage dans le temps a toujours fasciné, ainsi, il paraît normal que le cinéma ce soit approprié le concept en banalisant la célèbre machine de HG Wells dans « *La machine à explorer le temps* » (George Pal, 1960). L'espace-temps sera alors le terrain de jeu de plusieurs médecins et notamment de “Doc” dans le trilogie des « *Retour vers le Futur* » (Robert Zemeckis, 1985-1989-1990). La Lune apparaît aussi comme un challenge surmontable pour le Pr Barbenfouillis, médecin-inventaire dans « *Le voyage dans la Lune* » (George Méliès, 1902).

1.11.2. Les créateurs d'êtres artificiels

Dans ce genre cinématographique, le médecin a comme rôle principal la création d'êtres hybrides ou humanoïdes totalement artificiels et déshumanisés. Les exemples de cyborg, droïde, clones ou encore robots ne manquent pas dans la science-fiction. Le médecin, quoique souvent relégué au second plan de l'intrigue, apparaît toujours comme le créateur de ces espèces révolutionnaires. Tous ces êtres artificiels ont pour raison d'exister l'extermination de la race humaine et l'avènement des humanoïdes comme le montrent les films tels que « *Terminator* » (James Cameron, 1984), « *I.Robot* » (Alex Proyas, 2004), « *Clones* » (Jonathan Mostow, 2009) ou encore « *Star Wars épisode II, l'attaque des clones* » (Georges Lucas, 2002).

Si l'objectif n'est pas la création d'une espèce robotisée, la science-fiction promet l'émergence d'une nouvelle humanité, résultat de la fusion de l'être humain et de la technologie. Le maître absolu de ce genre cinématographique est le réalisateur canadien David Cronenberg qui, tout au long de son œuvre, confronte modernité (technologique notamment) et corporalité. Dans « *Chromosome 3* » (David Cronenberg, 1979), un psychiatre invente une thérapie révolutionnaire permettant de transformer les manifestations psychiques de ses patients en manifestations somatiques par l'intermédiaire d'une substance: le "*psychoprotoplasme*". Le réalisateur poursuit sa critique du monde médical hypermoderne et déshumanisé avec « *Scanners* » (David Cronenberg, 1981). Les "*Scanners*" en eux-mêmes sont présentés comme des erreurs de la nature, matérialisés par un médicament (l'Ephemerol) ayant pour but l'apaisement des contractions des femmes enceintes (s'agit-il d'une référence à l'utilisation de certains médicaments tératogènes réels?). Le médicament échoue et transforme les fœtus en des êtres capables de télépathie et de télékinésie, aux pouvoirs particulièrement dangereux. Ce film donnera lieu à plusieurs suites et remakes, tous aussi terrifiants les uns que les autres. Ainsi, les médecins de science-fiction tendent à créer une nouvelle espèce, plus performante que les précédentes par le recours à la Technologie et à la Science. L'homme bionique n'est donc plus que le fantasme inavoué de ces scientifiques de l'extrême mais apparaît comme une réalité dans ce genre cinématographique.

1.11.3. L'étude de la vie extraterrestre

Les médecins, dans le cadre de l'analyse de la vie extraterrestre, n'occupent pas le devant de la scène puisque ce qui importe c'est l'extraterrestre en lui-même. Néanmoins, dans chaque film relatant une invasion *ovni* se trouve le personnage d'un

médecin qui sera consulté pour ses connaissances en la matière. Les médecins paraissent plus humanisés, ils représentent des héros positifs aux compétences le plus souvent dépassées par des phénomènes extraordinaires. Ainsi, dans « *Danger Planétaire* » (Irvin Yeaworth, 1958), les médecins sont impuissants face à l'arrivée d'une masse visqueuse à l'appétit dévorant. Une charmante créature de l'espace prend même les médecins pour repas dans « *Lifeforce* » (Tobe Hooper, 1984). Dans « *Le Léviathan* » (Georges Pan Cosmatos, 1988) et « *Abyss* » (James Cameron, 1989), les médecins d'une station sous-marine seront confrontés à des créatures mystérieuses et surnaturelles. Dans « *The Thing* » (John Carpentier, 1982), le même thème est décliné sur le continent Antarctique. Dans quelques cas, le médecin se verra contraint d'affronter la menace extraterrestre comme le médecin de « *L'invasion des profanateurs de sépultures* » (Don Siegel, 1956) qui cherchera à comprendre puis à dénoncer cette étrange épidémie. Dans « *Flash Gordon* » (Mike Hodges, 1980), le Dr Zarkov, ex-médecin de la NASA, est confronté à une menace inter-galactique et se rendra directement sur la planète extraterrestre pour éradiquer le problème.

Néanmoins, dans ce registre, les médecins n'ont pas forcément le beau rôle comme l'attestent « *L'homme qui venait d'ailleurs* » (Nicolas Roeg, 1976) ou encore le légendaire « *E.T.* » (Steven Spielberg, 1982). Tous deux sont des créatures venues d'une autre galaxie. Échouées sur Terre, ils se retrouvent à la merci des médecins et scientifiques curieux de percer leurs secrets, ils seront séquestrés et serviront de cobaye et d'objet d'études pour les médecins humains.

La référence cinématographique en terme d'étude extraterrestre est sans conteste « *Alien, le huitième passager* » (Ridley Scott, 1978). Il nous offre l'image d'un médecin androïde qui trahira tout l'équipage, en permettant à une créature dangereuse de prendre place dans le cargo. C'est de nouveau le rôle du traître qu'endossera le Dr Yueh dans « *Dune* » (David Lynch, 1984) en livrant la famille des Atréides.

Le médecin est amené à se retrouver en difficulté face à son incompétence en matière d'extraterrestre, c'est le cas du médecin légiste de « *Futur immédiat, Los Angeles 1991* » (Graham Baker, 1988) qui semble mis à rude épreuve par l'étude d'humanoïdes, dont les caractéristiques diffèrent quelque peu des cours d'anatomie humaine. Dans « *Outland* » (Peter Hyams, 1981), une femme médecin du travail dispose d'une impressionnante armada d'appareils de diagnostics, scrutant et détectant la moindre petite anomalie de l'organisme humain. Ainsi, l'arsenal technologique à disposition permet de pallier aux manques de connaissances du médecin.

En aparté, nous pouvons constater que les médecins, se révélant performants au cinéma de science-fiction, ne sont pas des médecins-humains mais plutôt des médecins-robots, illustrant à merveille la mécanisation de la profession médicale. En toute logique, l'infirmerie de l'Entreprise, le vaisseau de « *Star Trek : Premier contact* » (Jonathan Strakes, 1997) accueille un médecin-robot ainsi qu'un médecin-hologramme, spectre numérique doté d'intelligence artificielle. Le phénomène « *Star Wars* » (Georges Lucas, 1977-2005) n'échappe pas à la règle et nous offre des chirurgiens-robots dans « *Star Wars : L'empire contre-attaque* » (1980) et des obstétriciens-droïdes dans « *Star Wars : La revanche des Siths* » (2005). Le médecin du vaisseau dans « *Alien, le huitième passager* » (Ridley Scott, 1978) est lui aussi un droïde d'apparence humaine.

1.12. Les médecins de l'horreur

Le corps humain a toujours fasciné et sert volontiers de supports aux films dits d'épouvante réveillant nos cauchemars les plus enfouis comme « *Blood Feast* » (Herschell Gordon Lewis, 1963) où cervelles et viscères des victimes se mélangent. Le cinéma d'horreur donne libre champs aux apprentis thanatonautes, qui tentent, avec un matériel de fortune, l'expérience de mort imminente tels ces cinq étudiants en médecine, explorateurs volontaires de l'au-delà à l'aide d'un coma provoqué sur leur propre personne dans « *L'Expérience Interdite* » (Joel Shumacher, 1990). Les médecins de « *Martyrs* » (Pascal Laugier, 2008), « *Pathology* » (Marc Schoelermann, 2008) , « *Autopsy* » (Adam Gierash, 2008) ou encore « *Sutures* » (Tammi Sutton, 2012) séquestrent des innocents dans un but de vivisection. Le thème déjà abordé du recours à l'expérimentation sur cobaye non consentant prend tout son sens dans le film *gore*, permettant d'accroître les scènes sanglantes et de surcroît de terrifier le spectateur. Le médecin de « *Insanitarium* » (Jeff Buhler, 2008) se livre à des expériences dangereuses et sadiques sur les patients d'un asile psychiatrique. Dans « *Doctor Blood's Coffin* » (Sidney Furie, 1960), un médecin pratique des manipulations monstrueuses en Cornouailles. Dans ce genre cinématographique, les médecins n'ont rien à envier aux grands pervers au point de réaliser des expériences sur des enfants comme dans « *Dr Rictus* » (Manny Coto, 1992) ou bien de leur voler leurs rêves dans « *La cité des enfants perdus* » (Jean-Pierre Jeunet, 1995) à des fins de recherche de jeunesse éternelle. Dans « *Anatomy* » (Stefan Ruzowitsky, 2000), la jeune étudiante en médecine se voit être sélectionnée pour assister aux cours d'anatomie du célèbre Pr Grombek. Cependant, l'enthousiasme cède vite la place à l'angoisse lorsqu'elle découvre les agissements d'une mystérieuse secte. Dans le même esprit, dans

« *American Mary* » (Jen et Sylvia Soska, 2012), la sérieuse Mary, aux talents de chirurgienne hors-pairs, se retrouve malgré elle, dans l'univers glauque des opérations chirurgicales clandestines et parallèles. La résurrection des morts est aussi un ressort cinématographique important dans l'épouvante. Le Dr West dans la saga « *Re-Animator* » (Stuart Gordon, 1985-2008) décide d'utiliser la morgue de son hôpital pour mener des expériences sur la vie éternelle; il met au point un sérum capable de ramener tous les cadavres à la vie, déclenchant ainsi des catastrophes sanglantes.

Parfois le médecin ne fait qu'une courte apparition et n'est souvent pas l'objet principal du film d'horreur. Le médecin reprend alors une dimension ordinaire et se retrouve le plus souvent impuissant face aux forces obscures comme dans « *L'emprise* » (Sidney J. Furi, 1981), face aux possédés du diable dans « *L'exorciste* » (William Friedkin, 1973) ou dans « *La septième prophétie* » (Carl Schultz, 1987). « *L'exorcisme d'Emily Rose* » (Scott Derrickson, 2005), adaptation cinématographique de la véritable histoire de la jeune allemande Anneliese Michel, nous offre un combat opposant le prêtre, persuadé de sa possession par des entités maléfiques et le médecin présentant le cas sous l'aspect rationnel et scientifique.

Le cinéma d'horreur nous livre l'image d'un médecin inquiétant et terrifiant, étroitement lié au sang, symbole de vie mais aussi symbole de mort. Ce genre cinématographique à l'aide de cette représentation médicale effrayante permet l'exorcisme de nos peurs les plus profondes. Ainsi, l'épouvante joue un rôle cathartique permettant au spectateur de se libérer de ses pulsions, angoisses et fantasmes en les vivant à travers les situations représentées à l'écran.

1.13. Les médecins "animés"

Pour terminer cette dissection de la profession médicale, il nous paraît intéressant de remarquer que les médecins sont présents dans tous les genres cinématographiques, y compris dans les dessins animés. Les studios Disney n'ont donc pas oublié de glisser quelques représentations caricaturales du corps médical dans leurs productions. Même s'il n'attire pas spontanément l'attention du spectateur, le médecin est bien présent. « *Bernard et Bianca au pays des Kangourous* » (Hendel Butoy et Mike Gabriel, 1990) met en scène la Souris Docteur. Cette souris aux petites lunettes rondes est un chirurgien exubérant adepte des grands remèdes. Après une grosse piqûre dans le postérieur de son patient,

il envisage une opération à la tronçonneuse. Le Docteur Frankenollie dans « *Mickey perd la tête* » (Chris Bailey, 1959) est un savant fou qui réalise des expériences plus que démoniaques. Le sculptural Docteur Amadou Gentil de l' « *Atlantide, l'Empire perdu* » (Gary Trousdale et Kirk Wise, 2001), moitié africain et moitié amérindien, fait partie de l'équipe d'experts accompagnant Milo dans son voyage vers la mythique cité d'Atlantide. Excellent médecin, c'est aussi un homme droit qui ne renierait ni trahirait ses principes pour rien au monde. Le Docteur Jumba Jookiba dans « *Lilo et Stitch* » (Dean DeBlois et Chris Sanders, 2002), autoproclamé "*génie diabolique*", est un scientifique extraterrestre humanoïde qui a été emprisonné pour avoir créé dans son laboratoire plus de 600 créatures expérimentales dans le but d'en faire des machines à détruire. Derrière son titre usurpé de "*docteur*", Facilier dans « *La Princesse et la grenouille* » (John Musker et Ron Clements, 2009), est un sorcier maléfique, expert en magie vaudou. Avidé de pouvoir et de richesse, il n'hésite pas à utiliser sa sorcellerie pour atteindre son but. Dans « *Pinocchio* » (Hamilton Luske et Ben Sharpsteen, 1939), Grand Coquin s'improvise médecin pour exploiter le jeune pantin animé et lui diagnostique après un examen approfondi, une allergie nécessitant des vacances sur l'Île Enchantée. Le Docteur David Quentin Dawson dans « *Basil, Détective Privé* » (Ron Clements, Burny Mattinson, David Michener et John Musker, 1986), est un médecin militaire dans le 66^{ème} Régiment royal qui devient le bras droit du célèbre détective et l'aide par ses brillantes déductions. Le récent « *Les Nouveaux Héros* » (Don Hall et Chris Williams, 2015) nous fait découvrir Baymax, un robot médical plus soucieux de ses patients que les médecins humains. Ce robot semble alors être plus humain que les humains, ce qui interpelle le patient-spectateur et repose la question des qualités humaines du corps médical actuel et donc de la relation médecin-malade créée. D'autres réalisateurs de dessins animés se sont penchés sur le thème du médecin. Ainsi, le Dr Benjamin Justice dans « *Docteur Justice* » (Marcello et Ollivier, 1975), est un médecin humanitaire, il incarne le concept de super docteur ou de justicier s'aidant de ses capacités de judoka et de karatéka. Ce médecin de l'OMS est un grand voyageur idéaliste et s'oppose farouchement aux plans machiavéliques du Pr Orwald. Le Dr Stephen Strange était un neurochirurgien brillant qui suite à un grave accident de voiture, ne pouvait plus opérer dans « *Doctor Strange : The Sorcerer Supreme* » (Frank Paur et Jay Olivia, 2007). Il devient alors "le maître des arts mystiques" auquel tous les autres super-héros font appel quand le monde est menacé par les forces du Mal.

Certaines séries d'animation n'ont pas épargné le corps médical et nous offre un panel de médecins à l'écran corrompus et incompetents. Dans « *Les Simpsons* » (Matt Groening, 1989-en production), le Dr Riviera apparaît comme un chirurgien véreux, recherché par le FBI alors que le Dr Hibbert, médecin de famille des Simpsons, fait preuve

d'un humour très caustique. Le Dr Zoidberg dans « *Futurama* » (Matt Groening, 1999-en production) est un extraterrestre en grande difficulté avec l'anatomie humaine. Enfin, le Dr Docteur de « *South Park* » (Trey Parker et Matt Stone, 1997-en production) est superstitieux, vulgaire et incompetent. Dottie, âgée de six ans, est l'héroïne de « *Docteur La Peluche* » (Chris Nee, 2012-en production). Cette petite fille, vêtue en permanence de sa blouse blanche et de son stéthoscope, exerce son savoir faire médical pour guérir et réparer ses jouets et ses peluches. Elle incarne dans les fictions d'animation l'icône médicale féminine.

A travers ce bref voyage dans l'univers des dessins animés, nous pouvons constater que toutes les caractéristiques du médecin que nous avons déjà étudiées sont présentes dans ce genre cinématographique et télévisuel. Ainsi, dans les fictions d'animation, le médecin peut revêtir le costume du héros du quotidien, de l'homme d'éthique droit et juste, du médecin militaire-auxillaire de justice, du médecin humanitaire, du médecin criminel et corrompu, du charlatan, du savant-fou ou de l'incarnation du Mal, du médecin incompetent, du médecin satirique et du vengeur surnaturel tel un super docteur.

Au final, il est intéressant de s'interroger sur le sens à donner à toutes ses représentations de la médecine et du médecin. Sont-elles fidèles à une certaine réalité ? Correspondent-elles à une vision plus ou moins fantasmée du réalisateur ? Ou à celle du spectateur ? Quelle part revient, dans tel film, à la fiction pure et en quoi, joue-elle d'une certaine façon, le rôle de frein ou de facilitateur dans la relation médecin-malade ? L'éternel problème de savoir, ce qui dans une œuvre d'art appartient au réel ou à l'imaginaire, se présente ici avec une acuité toute particulière. En quoi le patient-spectateur est-il influencé dans sa relation avec son médecin et plus particulièrement avec son médecin généraliste ?

2. Matériel et Méthode

2.1. Objectifs

Lorsqu'on aborde le thème de l'art cinématographique et télévisuel, la principale question qui se pose est de déterminer l'influence de ces fictions sur la population. Il paraît donc logique que cette préoccupation existe concernant les fictions médicales. Le cinéma est l'art le plus en évolution depuis ces dernières années et les sujets médicaux y occupent une place de choix. Cependant, quel est l'impact des représentations du médecin dans l'art cinématographique et télévisuel sur la relation médecin-malade? Quelques ouvrages ont recensé certains traits de personnalité prépondérants au personnage du médecin. Mais l'influence de ces icônes sur la relation médecin-malade et sur la représentation que se fait le patient du médecin n'a jamais été étudiée à ce jour.

Ainsi, l'objectif principal de notre étude est d'évaluer l'impact des différentes représentations cinématographiques et télévisuelles du médecin en tant que personnage de fiction dans la relation du patient avec son médecin. L'objectif secondaire a été de mettre en lumière les différentes personnalités du médecin à l'écran.

2.2. Type d'étude

Pour tenter de répondre à notre problématique, une étude quantitative aurait été possible avec des questionnaires à choix multiples portant sur les différentes caractéristiques du médecin de fiction et sur les influences les plus souvent exprimées. Cependant, cette démarche nous a semblé bien trop réductrice. En effet, les influences sur la relation médecin-malade sont multiples ; l'analyse quantitative ne permettait pas de recueillir toutes les subtilités alors que l'analyse qualitative offre une évaluation précise du ressenti et des impressions des personnes interrogées.

Nous avons donc choisi une analyse qualitative et descriptive, fondée sur la réalisation puis l'analyse d'entrevues semi-structurées en groupe et en individuel. La recherche qualitative est un ensemble de techniques d'investigations issues des sciences humaines. En effet, elle donne un aperçu du comportement et des perceptions de la population et permet d'étudier leurs opinions et leurs conceptions sur un thème précis, de façon plus approfondie qu'une analyse quantitative. L'analyse qualitative a donc « *pour but d'étudier les mécanismes d'action, les schémas de pensées et les représentations en permettant de cerner la réalité d'une situation particulière* » [20]. De plus, l'intérêt d'une

méthode qualitative est de ne pas avoir de « *cadre limitant* » [21]. Toutes les idées, même éphémères, peuvent être exprimées et prises en compte dans l'analyse.

Pour cela, nous avons réalisé trois *focus group* ainsi qu'un entretien semi-dirigé, à l'aide d'un guide d'entretien élaboré antérieurement et adapté à la problématique. Ce mode d'entretien nous a semblé idéal, permettant aux participants de s'exprimer librement grâce aux questions ouvertes. La majeure partie de l'étude a été effectuée en discussion de groupe afin de lever les barrières de la timidité et de favoriser un phénomène de stimulation.

2.3. Recrutement de l'échantillon

La population cible était constituée de patients résidant en Haute-Vienne sélectionnés dans une patientèle de médecine générale. Un petit nombre d'individus aux profils variés étaient nécessaires afin de pouvoir dresser un portrait le plus exhaustif possible du thème étudié.

Le recrutement s'est avéré très difficile. Dans un premier temps, les patients ont été interpellés dans les salles d'attente de plusieurs médecins généralistes. Nous expliquions alors notre projet et la nécessité de participants volontaires pour mener à bien notre étude. Malheureusement, les patients interpellés semblaient intéressés mais non disponibles pour la réalisation des groupes de parole. Nous avons donc décidé de recruter les personnes susceptibles de sortir en fin de journée et notamment d'aller au cinéma, thème principal de notre recherche. Pour cela, nous avons réalisé des flyers attractifs [Annexe 1] que nous avons distribués aux personnes devant les salles de cinéma de Limoges. Puis, nous avons poursuivi notre recrutement en affichant ces mêmes flyers dans les cabinets médicaux de médecins généralistes ruraux, semi-ruraux et urbains, afin d'obtenir un panel varié de personnalités. Les patients participant aux deux premiers focus ont été recrutés sur la base du volontariat puis la technique « boule-de-neige » [22] a permis d'étoffer l'échantillon. Afin d'obtenir un échantillon raisonné, des patients se différenciant par l'âge, le sexe, la profession, le lieu de résidence, le lieu et le type d'exercice du médecin généraliste, ont été sélectionnés.

Le nombre d'entretiens à réaliser n'était pas déterminé au préalable. Ce nombre a été ajusté au fur et à mesure des groupes. Nous nous sommes arrêtés lorsque le phénomène de saturation théorique des données a été atteint. En recherche qualitative, le but n'est pas de recruter un échantillon statistiquement significatif et caractéristique de la population générale mais d'obtenir un maximum de représentations et d'idées différentes sur le thème de l'étude.

2.4. Méthode

Une analyse qualitative fondée sur des *focus group* a été choisie afin de potentialiser les idées de chaque intervenant par la multiplicité des interactions [22]. Les *focus group* étaient semi-directifs. En fin d'étude, nous avons réalisé un entretien semi-dirigé pour étayer notre problématique et atteindre la saturation des données.

2.4.1. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré en amont après la formulation de notre problématique. Il permet de définir le déroulement de chaque entretien et de garantir la reproductibilité des questions entre chaque groupe. Néanmoins, la chronologie des différentes questions a pu être modifiée au gré du modérateur en fonction des groupes et du fil du discours.

Notre guide comporte une trame de six questions ouvertes et neutres, permettant de laisser une grande liberté d'expression et de favoriser les associations d'idées. Dans l'ordre initialement prévu, les questions vont du théorique (connaissances cinématographiques et télévisuelles dans notre cas précis) au personnel (ressenti sur la relation médecin-malade). Aucune des questions n'est connotée positivement ou négativement afin de ne pas orienter la discussion.

Suite au premier *focus group* des modifications mineures ont été apportées face à l'incompréhension de certaines questions ayant nécessité une reformulation durant l'échange. Des précisions ont été ajoutées entre parenthèses. La même version du questionnaire a été utilisée pour les deux derniers *focus group*. Ce document est présenté en annexe. [Annexe 3]

2.4.2. Focus group

Les patients ayant accepté de participer à l'étude ont tous été contactés par téléphone pour leur expliquer une nouvelle fois le sujet principal de la thèse, sans pour autant dévoiler les questions constituant le guide d'entretien. Nous leur avons exposé précisément les modalités de réalisation des *focus group*.

Les *focus group* ont été réalisés dans les locaux de la faculté de médecine et de pharmacie de Limoges. La totalité des entretiens ont été enregistrés numériquement sur un smartphone ; de plus, nous avons eu recours à un « back up » à l'aide d'un dictaphone afin

de multiplier les sources et de pouvoir retranscrire le plus fidèlement possible les discussions; le but étant d'obtenir un recueil de données fiable et exhaustif du verbal et du non verbal.

Les *focus group* ont débuté par une phase de présentation du sujet de l'étude par l'animateur ainsi qu'une explication du déroulement de la discussion. Nous en avons profité pour assurer aux participants le respect de l'anonymat et de la confidentialité des informations recueillies. En raison de l'enregistrement complet de la discussion, nous avons recueilli oralement les consentements de tous les patients. Un questionnaire quantitatif sous forme de fiche signalétique individuelle [Annexe 2] destiné à caractériser l'échantillon qualitatif a été rempli par les patients en début de séance. Cette fiche signalétique avait pour objectif de recueillir les données démographiques : sexe, âge, profession, lieu d'habitation, secteur d'activité du médecin traitant, intérêt cinématographique et télévisuel.

L'animateur posait les questions suivant le guide d'entretien prédéfini. Il pouvait stimuler un intervenant en particulier s'il ne s'était pas exprimé sur une question ou ne semblait pas avoir été au bout de sa pensée. Il avait le droit de reformuler et de faire préciser certaines idées exprimées. Son rôle était de faciliter les interactions au sein du groupe et de gérer au mieux le débat.

L'observateur assistait au *focus group* sans pouvoir intervenir dans le débat. Son rôle était de consigner les gestes, communications non verbales des participations et ses impressions concernant la discussion. De plus, il avait pour mission d'anticiper les difficultés de retranscription lors d'échanges à voix basse ou de discussion parallèle. Il aidait l'animateur en lui indiquant par écrit les participants n'ayant pas répondu à la question ou ceux qui semblaient vouloir s'exprimer sans oser prendre la parole. La présence de l'observateur pouvait surprendre les participants, il a donc été nécessaire d'expliquer le rôle de chacun avant le début des séances.

Les débats se sont installés rapidement entre les différents participants permettant de faire circuler la parole et de faire émerger de multiples idées. Les réponses à la première question ont été obtenues en réalisant un tour de table ce qui a permis de « *briser la glace* » [24] puis les échanges se sont libérés permettant les interactions entre intervenants. Aucun ordre précis de parole n'a été établi laissant ainsi chacun s'exprimer librement. Il était néanmoins demandé aux participants de se présenter avant leur prise de parole afin de faciliter la retranscription.

2.4.3. Entretien semi-dirigé

Après avoir réalisé trois *focus group*, nous avons réalisé un entretien semi-dirigé afin d'obtenir la saturation des données. Le point de vue d'un sociologue nous a semblé intéressant car il est amené à étudier les influences des comportements sur la société. Ainsi, l'étude de la relation médecin-malade peut s'apparenter à un thème sociologique et il nous a donc semblé important d'interviewer une personne spécialisée dans le domaine.

L'entretien a été réalisé dans les locaux de la faculté des lettres et des sciences humaines de Limoges. Le déroulement de l'entretien a été strictement identique à celui réalisé lors des *focus group*.

2.4.4. Recueil de données

Une fois sauvegardés, les enregistrements ont été retranscrits dans leur intégralité (mot à mot ou *verbatim*). Nous avons attribué un numéro à chaque participant de manière à respecter l'expression des sujets identifiés anonymement dans le *verbatim*. De plus, les nuances dans le discours et le non-verbal ont été ajoutés à la retranscription brute. Le non-verbal a été transcrit entre parenthèses.

Ce recueil de données constitue le *verbatim* [Annexe 4]. C'est à partir de ces données que l'analyse a été réalisée.

2.4.5. Analyse des données

L'analyse des *verbatim*s obtenus s'est déroulée en plusieurs temps à l'aide du logiciel d'analyse qualitative *N'Vivo*.

2.4.5.1. Analyse descriptive

Tout d'abord, nous avons réalisé un codage ouvert où chaque idée nouvelle présente dans le *verbatim* entraînait la création d'un code ou "*nœud*" descriptif. Ce code était réutilisé si l'idée était de nouveau retrouvée ultérieurement. A chaque code, le logiciel rattachait la citation explicite et la source de l'extrait. Enfin, chaque code était associé à un nombre de citations et de sources. [Annexe 5] Dans notre étude, le nombre maximal de sources était le nombre de *focus group* et d'entretiens semi-dirigés réalisés. Le nombre de citations était variable en fonction de la récurrence de l'idée sous-entendue.

L'analyse descriptive représente une étape capitale de l'étude. Afin de limiter au maximum la subjectivité, nous avons réalisé un double codage en aveugle. Ensuite, les codes extraits par chaque investigateur ont été comparés. Certains "*nœuds*" ont été conservés, d'autres modifiés et affinés et enfin d'autres supprimés.

2.4.5.2. Analyse axiale

Les codes descriptifs obtenus ont été ensuite regroupés en thèmes plus généraux permettant de répondre à la problématique de l'étude. Cette étape a permis de mettre en évidence des axes de réflexions concernant notre étude. Un arbre de concepts a donc été réalisé à l'origine des résultats de l'étude. Ces résultats ont pu donner lieu à une analyse thématique plus approfondie. Des exemples issus des entretiens ont été sélectionnés pour leur pertinence afin d'illustrer chaque thème ou sous-thème.

Cette analyse a été réalisée par un investigateur mais les axes ont tous été repris lors d'une séance de travail en présence des deux investigateurs. Le choix définitif des axes a donc été réalisé en concertation afin de limiter la subjectivité.

2.4.5.3. Analyse matricielle

Enfin, les données descriptives et axiales ont été croisées avec les caractéristiques des participants aux entretiens.

Les résultats ont été présentés en parallèle de ceux de l'analyse axiale afin d'éviter les redondances et de pousser au maximum l'analyse de chaque thème.

3. Résultats

3.1. Population

Dans le cadre de notre étude, nous avons réalisé trois *focus group* et un entretien semi-dirigé.

3.1.1. Premier *focus group*

Le premier *focus group* a eu lieu le 10 Juin 2014 à 20h à la faculté de médecine et de pharmacie de Limoges. L'entretien a duré 1h05. Cinq patients y ont participé.

Le Pr Dumoitier, co-directrice de cette étude, a animé le *focus group*. Le Dr Lauchet, directrice de thèse et moi-même étions observatrices.

3.1.2. Deuxième *focus group*

Le deuxième *focus group* a eu lieu le 30 Juin 2014 à 20h à la faculté de médecine et de pharmacie de Limoges. L'entretien a duré 1h10. Cinq patients ont pu y participer.

Le Dr Lauchet a animé l'entretien et j'étais observatrice.

3.1.3. Troisième *focus group*

Le troisième *focus group* a eu lieu le 15 Janvier 2015 à 20h à la faculté de médecine et de pharmacie de Limoges. L'entretien a duré 1h02. Sur les dix patients prévus initialement seulement quatre ont pu y participer.

Le Dr Lauchet a animé le *focus group* et j'étais observatrice.

3.1.4. Entretien semi-dirigé

L'entretien semi-dirigé a été réalisé le 3 Juin 2015 à 9h à la faculté des lettres et sciences humaines. L'entretien a duré 35 min. Une seule personne a été interrogée. J'ai mené l'entretien.

3.1.5. Total

Au total, 15 patients ont participé à l'étude. Leurs caractéristiques démographiques sont résumées dans les figures suivantes [Figure 1].

	Total		Focus 1		Focus 2		Focus 3		Entretien semi-dirigé	
	Nombre		Nombre		Nombre		Nombre		Nombre	
Total	15		5		5		4		1	
Sexe										
Masculin	4	26,5%	1	20,0%	2	40,0%	0	0,0%	1	100,0%
Féminin	11	73,5%	4	80,0%	3	60,0%	4	100,0%	0	0,0%
Age										
< 25 ans	3	20,0%	1	20,0%	0	0,0%	2	50,0%	0	0,0%
26 - 40 ans	5	33,5%	2	40,0%	2	40,0%	1	25,0%	0	0,0%
41 - 60 ans	6	40,0%	2	40,0%	2	40,0%	1	25,0%	1	100,0%
> 61 ans	1	6,5%	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%	0	0,0%
Profession										
Enseignant	3	20,0%	1	20,0%	1	20,0%	1	25,0%	0	0,0%
Para-médical	2	13,5%	0	0,0%	0	0,0%	2	50,0%	0	0,0%
Agriculteur	1	6,5%	1	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Sociologue	1	6,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%
Étudiant	3	20,0%	2	40,0%	0	0,0%	1	25,0%	0	0,0%
Mère au foyer	1	6,5%	1	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Journaliste	2	13,5%	0	0,0%	2	40,0%	0	0,0%	0	0,0%
Cadre Supérieur	1	6,5%	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%	0	0,0%
Retraité	1	6,5%	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%	0	0,0%
Lieu d'habitation										
Urbain	13	86,5%	4	80,0%	5	100,0%	3	75,0%	1	100,0%
Rural	2	13,5%	1	20,0%	0	0,0%	1	25,0%	0	0,0%
Activité médicale du médecin										
Urbaine	13	86,5%	5	100,0%	5	100,0%	4	100,0%	1	100,0%
Rurale	2	13,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Intérêt pour les fictions médicales										
Plusieurs fois par semaine	1	6,5%	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%	0	0,0%
Une fois par semaine	6	40,0%	2	40,0%	1	20,0%	3	75,0%	0	0,0%
Une fois par mois	8	53,5%	3	60,0%	3	60,0%	1	25,0%	1	100,0%
Moins d'une fois par mois	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Figure 1: Caractéristiques démographiques de la population étudiée

3.2. Analyse descriptive

A partir des verbatims des trois *focus group* et de l'entretien semi-dirigé, 330 codes ont été extraits [Figure 2].

Nom du code	Sources	Références
acharnement et ténacité du médecin	3	8
amitié entre médecins	1	1
apprentissage de la médecine par les patients	3	4
aspect négatif de la profession dans les fictions	2	3
attente non retrouvée dans les fictions	1	1
attitude des médecins différentes selon les spécialités	1	2
aucune ressemblance avec les médecins à l'écran	4	8
aventures palpitantes du médecin	3	6
beau médecin	1	3
capacité de passer d'un cas grave à un cas bénin	3	8
cas graves = cas intéressants	4	9
charité différente entre fiction et réalité	1	1
comparaison entre médecin généraliste et médecin de fiction	2	12
compétition - rivalité entre médecins	4	14
confrontation fréquente à la mort	4	10
connaissances importantes	3	12
contraintes professionnelles occultées dans les fictions	1	1
démarche diagnostique = enquête policière	3	12
dérive de l'attitude du médecin	1	1
désacralisation du mythe du médecin	1	9
dévouement du médecin	3	9
dichotomie entre médecin de ville et médecin de campagne	2	7
dichotomie entre médecin généraliste et médecin hospitalier	3	8
différence de patients entre la ville et la campagne	1	1
différence entre jeune médecin et médecin senior	3	7
différence fiction et réalité dans les cas traités	2	3
difficultés relationnelles entre professionnels	2	3
disponibilité du médecin	4	18
distance sociale médecin - patient	4	12
dualité bon et mauvais médecin	3	12
échec de la vie privée personnelle	1	2
écoute du médecin - médecin attentif	4	26
empathie du spectateur à l'égard du médecin de fiction	1	1
épisodes relatant des cas concrets de médecine	1	1
équilibre entre gravité et légèreté	1	3
fantasme du médecin	1	1
fiction = aucune incertitude des médecins	1	5
fiction = environnement high-tech	1	1
fictions = pas d'échecs	1	3
fictions focalisées sur le cas médical	1	1
fictions réalistes	3	5

Figure 2: Codes extraits du verbatim et nombre de sources et de références associées

Nom du code	Sources	Références
film American Mary	2	2
film Anatomy	2	2
film ancien	2	2
film Blindness	1	1
film Carnet de Voyage	1	1
film Catherine Courage	1	1
film Chromosome	1	1
film Docteur Folamour	1	1
film Dr Guigels	1	1
film Dr Jekyll et Mister Hide	2	5
film Dr Jivago	3	3
film Dr Knock	3	3
film Dr Patch Adams	1	1
film Faux semblants	1	1
film français	1	1
film Frankenstein	1	1
film Frantic	1	1
film Hippocrate	2	5
film Hulk	1	1
film La cité de la joie	2	2
film La famille Bélier	1	1
film La maison du docteur Edwardes	1	1
film La maladie de Sachs	2	3
film La piel que habito	2	2
Film Le Discours d'un roi	1	1
film Le sixième sens	1	1
film Le Viager	1	1
film Les 4 filles du Dr March	2	2
film MASH	1	1
film Ne le dis à personne	1	1
film récent	4	6
film Retour vers le futur	1	1
film Sanitorium	1	1
film Sept morts sur ordonnance	1	2
film Sherlock Holmes	2	4
film Star Trek	1	1
film Supercondriaque	1	1
film Sutures	2	2
film The Constant Gardner	1	1
film Vol au-dessus d'un nid de coucou	2	2
idéalisation du médecin de fiction	5	20
identification du spectateur	1	6

Figure 2: Codes extraits du verbatim et nombre de sources et de références associées

Nom du code	Sources	Références
image à l'écran de la folie du médecin	4	6
image du médecin accessible	2	7
image du médecin acteur - médecin en représentation	3	6
image du médecin addict - drogué	1	1
image du médecin altruiste	1	1
image du médecin antipathique	2	5
image du médecin atypique	3	8
image du médecin autoritaire	3	4
image du médecin ayant peur de la médecine	1	4
image du médecin bavard	1	1
image du médecin burlesque	1	2
image du médecin calme - posé	1	1
image du médecin caractériel	2	4
image du médecin clinicien	4	6
image du médecin commerçant	1	2
image du médecin communicant	1	4
image du médecin compétent	5	13
image du médecin compréhensif	2	2
image du médecin concentré	1	1
image du médecin criminel, meurtrier	2	2
image du médecin de la dernière chance	1	1
image du médecin débutant	4	13
image du médecin désintéressé par l'argent	1	1
image du médecin désociabilisé	1	2
image du médecin droit	1	2
image du médecin empathique	2	9
image du médecin endurci	2	4
image du médecin envahissant, attitude envahissante du médecin	2	3
image du médecin évoluant selon les époques	2	13
image du médecin expérimenté	1	1
image du médecin familial	2	2
image du médecin fêtard	1	2
image du médecin généraliste	3	21
image du médecin généraliste authentique	2	6
image du médecin hautain	4	11
image du médecin humain	4	28
image du médecin humanitaire	1	3
image du médecin hyperactif	1	1
image du médecin impliqué	3	11
image du médecin inaccessible	1	4
image du médecin intelligent	2	5
image du médecin irremplaçable, indispensable	1	3

Figure 2: Codes extraits du verbatim et nombre de sources et de références associées

Nom du code	Sources	Références
influence positive sur les vocations futures	1	3
influence positive sur la liberté d'expression des patients	2	9
influence positive sur la relation médecin-malade	4	5
influence positive sur l'acceptation de la maladie	1	5
influence positive sur l'acceptation de l'erreur médicale	2	6
influence positive sur le déroulement d'un acte technique	1	1
Influence sur la relation médecin malade	3	4
intérêt du médecin à défaut du patient	4	5
intérêt marqué	5	30
intérêt pour les sujets médicaux	4	6
intervenant 1	2	22
intervenant 2	2	15
intervenant 3	2	9
intervenant 4	2	10
intervenant 5	2	27
intervenant 6	1	16
intervenant 7	1	38
intervenant 8	1	20
intervenant 9	1	40
intervenant 10	1	16
intervenant 11	1	25
intervenant 12	1	71
intervenant 13	1	30
intervenant 14	1	37
intervenant 15	1	1
médecin = patient difficile à soigner	1	5
médecin = pivot de société	3	7
médecin ami	3	5
médecin arrogant	1	4
médecin caricatural	4	9
médecin chercheur	2	3
médecin chirurgien	2	10
médecin comme figure emblématique	3	5
médecin comme personnage récurrent	1	3
médecin de fiction souhaité	4	7
médecin de série charismatique	1	1
médecin fascinant	1	2
médecin généraliste ne fait pas rêver	2	8
médecin gynécologue	1	1
médecin homme	1	2
médecin inhumain	3	7
médecin légiste	3	3

Figure 2: Codes extraits du verbatim et nombre de sources et de références associées

Nom du code	Sources	Références
médecin non communicant	1	4
médecin pédiatre	1	2
médecin psychiatre	1	3
médecin-Dieu	4	10
médecine générale = profession agréable	1	1
médecin-femme	3	16
médecin-femme dans fictions = plus fortes	1	1
médecin-femme dans réalité = plus douces	1	1
médecins de film plus fictifs	1	1
médecins de série plus réels	1	3
médecins de séries= hospitaliers	3	5
médecins généralistes= film de cinéma	1	1
médecins hospitaliers font rêver	2	3
médecins hospitaliers plus fictifs	1	2
mise en valeur des défauts du médecin à l'écran	1	2
modification de la vision du médecin par les patients	2	2
neutralité du médecin	1	3
névrosé = qualité du médecin humain	1	1
nomadisme médical	2	4
pas de connaissance cinématographique	4	9
pas de connaissance télévisuelle	5	7
pas de scénarisation	1	4
pas d'influence consciente des fictions sur la relation médecin-malade	4	9
pas d'intérêt pour les fictions médicales	3	7
perte du statut de médecin	1	2
peur de la maladie	1	2
peur de la mort ressentie par les médecins	1	1
poids de la hiérarchie socio-professionnelle	4	12
prédominance du médecin en milieu urbain	1	2
premier rôle	4	5
présence fréquente des médecins à l'écran	3	11
présence incontournable des femmes médecins à l'écran	1	1
présence incontournable du médecin	3	11
pression constante dans le quotidien du médecin	3	17
profession envahissante	3	10
qualité du médecin= apprentissage permanent	2	5
qualité du médecin= gestion de l'incertitude	1	4
qualité du médecin = gestion des échecs	1	1
qualités et défauts réels des médecins représentés dans la fiction	5	15
relation de confiance entre le patient et le médecin	1	2
relation différente du patient avec chirurgien et médecin généraliste	1	3
relation différente médecin de ville et médecin de campagne	1	1
ressemblance annonce du diagnostic réel et fictif	2	2

Figure 2: Codes extraits du verbatim et nombre de sources et de références associées

Nom du code	Sources	Références
ressemblance communication médecin fiction et réalité	1	2
ressemblance démarche diagnostique dans les fictions	3	9
ressemblance fiction et réalité concernant la féminisation de la profess	1	5
ressemblance interrogatoire réel et fictif	1	1
ressemblance médecin de fiction et réalité	3	22
ressemblance trait de personnalité	1	6
rivalité clinique privée et hôpital public	1	2
rôle de personnage secondaire	2	12
rôle du médecin accentué dans les séries	1	2
rôle du médecin de campagne	4	15
rôle du médecin de famille	4	13
savoir du médecin	1	3
scénarisation	5	32
sélection par le médecin de cas intéressants dans les séries	2	3
sentiment des médecins d'être indispensable	1	2
série addictive	4	7
série ancienne	2	8
série Anthropologues	1	1
série Body of Proof	2	2
série Bones	1	1
série Desperate Housewives	1	1
série Downtown Abbey	1	1
série Dr House	5	24
série Dr Quinn	3	6
série Dr Sylvestre	3	5
série Elementary	1	2
série Esprits criminels	1	1
série française	3	5
série Grey's anatomy	4	21
série H	2	2
série Hélix	1	1
série Hollywood girls	1	1
série In Treatment	1	1
série Intervention	1	1
série La petite maison dans la prairie	4	6
série Le Grand patron	1	1
série Les enquêtes de Murdoch	1	1
série médicale = moment de détente	1	1
série Nip/Tuck	3	5
série Nurse Jackie	1	1
série Plus belle la vie	1	3
série Private practice	2	2

Figure 2: Codes extraits du verbatim et nombre de sources et de références associées

Nom du code	Sources	Références
série récente	2	9
série Regenesis	1	1
série Scrubs	1	1
série Un village français	2	2
série Une Femme en blanc	1	1
série Urgences	5	13
séries américaines	2	4
similitudes entre internes des hôpitaux et personnages de fiction	1	2
soin = gage de compétence pour le médecin	2	4
sous-représentation de la médecine générale à l'écran	2	7
spécialités féminines	1	2
spectateur plus exigeant envers les médecins hospitaliers	1	2
spectateur plus exigeant envers les médecins	1	1
spectateur plus indulgent avec médecin généraliste	1	4
super-médecin	3	21
suspens	3	6
Thème Chirurgie Esthétique	2	3
thème Comics	1	1
thème Comique	1	1
thème Horreur / Épouvante	2	6
thème Médecine Générale	2	3
thème Médecine Légale	3	8
thème Policier	1	3
thème Science-fiction / Fantastique	1	2
urgentiste = 1ère image du médecin de série	1	2
vie en communauté - en groupe	1	1
vie privée des médecins non détaillée à l'écran	2	3
vie privée et professionnelle intriquée chez les médecins fictifs	5	18

Figure 2: Codes extraits du verbatim et nombre de sources et de références associées

Par exemple, le code « image du médecin généraliste est apparu dans les 3 *focus group* et a été cité à 21 reprises [Annexe 5].

3.3. Analyse axiale

Les 330 nœuds ont été regroupés en 9 grandes thématiques. Elles illustrent les différentes influences des représentations cinématographiques et télévisuelles des médecins sur la relation médecin-malade.

3.3.1. Le prophète

Selon les patients-spectateurs, les médecins sont des « *grands hommes semblables aux prophètes respectés et influents de la société* ».

3.3.1.1. Le notable

3.3.1.1.1. Une figure cinématographique et télévisuelle incontournable

Tous les participants ont été unanimes pour affirmer qu'« *il y avait des médecins partout dans tous les genres cinématographiques* » et que ces derniers « *jouaient un rôle tout à fait indispensable* ». Le médecin à l'écran devient alors une évidence puisque finalement « *il y a forcément des médecins dans tous les films ou toutes les séries* ». Le médecin est considéré par l'ensemble des participants comme « *une figure emblématique et sympathique des fictions* ». De plus, certains ont souligné qu'il s'agissait d'un personnage incontournable notamment dans les fictions puisqu'il devenait « *un personnage récurrent qui est resté bout à bout dans la série. Les scénaristes ont toujours gardé le même médecin, le même docteur, dans « La petite maison dans la prairie » par exemple, c'est donc une preuve de l'importance de ce personnage-là* ». D'autres exemples ont été donnés concernant cette récurrence de personnages médicaux à l'écran comme dans « *Grey's Anatomy* ». Ce qui fascine le public est de « *voir les médecins qui vont régulièrement revenir à l'écran, on va avoir Meredith Grey, personnage éponyme, Derek Shepherd, Marc Sloane, Christina Yang, etc.. , la liste est longue mais ce sont les personnages les plus importants* ».

Le fait de souligner la présence indispensable des médecins à l'écran a permis de distinguer les apparitions des médecins en tant que premier rôle ou rôle secondaire. Les personnes interrogées considèrent que « *la plupart du temps, c'est très axé sur un personnage central de médecin* » et qu'il s'agit d'un « *personnage unique* » ce qui constitue « *un rôle tout à fait particulier* ». Ainsi, « *dans les films, quand il y a un médecin qui ressort c'est toujours un cas particulier de médecin qu'on va retrouver* ». Néanmoins, les rôles

secondaires de médecin n'ont pas été oubliés. Certains ont cité des exemples de médecins occupant la seconde place dans la fiction : « *en personnage secondaire, il y a le Dr Watson dans « Sherlock Holmes » ou « dans « les enquêtes de Murdoch », le médecin occupe un second rôle aussi* ». De plus, certaines spécialités médicales se prêtent plus au second rôle, ainsi, « *dans les enquêtes policières, il y a évidemment beaucoup de médecins notamment légistes en second rôle* ». Bien qu'il n'occupe pas le rôle principal, le médecin peut occuper une place de choix dans l'intrigue comme « *dans « Le Discours d'un roi » où le médecin et orthophoniste a un rôle non négligeable* ». Cependant, cette remarque n'a pas fait consensus lors des entretiens. Certains ont rebondi sur la place du médecin généraliste notamment en campagne dans les fictions. Le débat a été animé puisque certains considéraient « *justement dans les rôles de médecin de famille, médecin de campagne, ça se voit, c'est quand même plus important, le rôle est plus important qu'un simple second rôle* » alors que d'autres participants considéraient le médecin de campagne comme un personnage « *relégué au 3ème rôle dans le cinéma voire pire et donc sans vraiment d'importance* ».

3.3.1.1.2. L'image sociale du médecin

Le médecin apparaît alors comme « *une figure autoritaire emblématique et notable* » de par « *son statut social d'homme respectable* », il fait partie des « *figures, des piliers de la ville, il y avait le maire, le docteur, l'instituteur et le curé* ». Le médecin endosse alors le rôle de « *référént de village* » voire « *de centre du village* ». De plus, certains patients-spectateurs ont rajouté que « *dès que le médecin est présent quelque part, il y a le statut de praticien qu'il pose d'emblée* ». Ainsi, cette idée de statut social devient indissociable de l'image du médecin.

A côté de ce statut sociétal, le médecin devient une autorité intellectuelle et scientifique aux yeux du patient-spectateur. Le médecin est alors un homme « *au QI supérieur à la moyenne, ayant brillamment réussi ses études dans une grande université où l'on ne pourrait même pas se payer une année* ». Son influence est très étendue : « *autrefois, le médecin était le seul à faire des études* » et donc « *il reste toujours la meilleure personne pour déterminer la pathologie du patient* ». Certains sont même allés jusqu'à affirmer que les dires du médecin sont comme des « *paroles d'évangile* ».

3.3.1.1.3. Les symboles de prestige

Le premier symbole énoncé lors des entretiens a été de souligner le prestige de la profession médicale en la comparant à un véritable « *sacerdoce* ». « *Le métier devient toute la vie du médecin, il dédie sa vie à la médecine* ». Ce point a été retrouvé dans deux *focus group* et tous les participants étaient unanimes. Certains ont conclu que « *cette vocation était l'une des qualités la plus importante du médecin* ». De plus, cette notion de « *sacerdoce est retranscrite à l'écran de façon réelle* ».

Une autre raison du prestige dont jouit le médecin réside dans la difficulté et la longueur des études de médecine, « *ces dix longues années d'études interminables permettant au médecin de comprendre les mystères du corps humain mais au détriment de leur vie personnelle* ». La plupart des participants a manifesté de l'admiration quant à ce cursus « *difficile et semé d'embûches, nécessitant détermination et sacrifice* ».

Selon les patients interrogés, le prestige suprême du médecin réside dans le titre même de *Docteur*. Il a été souligné que « *certains médecins à l'écran n'étaient pas connus par leur nom mais plutôt par leur titre* ». Ainsi « *on va avoir Doc dans « Retour vers le Futur », je ne connais pas son nom mais on l'appelle toujours Doc parce que c'est le plus important* ». Un débat a été lancé lors d'un des entretiens quant à l'importance à donner au titre de docteur. Il a été souligné que « *on ne dit jamais à son médecin "Bonjour, Jean comment vas-tu ?" mais "Bonjour Docteur..." il y a donc une notion de statut très forte . On n'ira jamais dire "Bonjour Docteur" à toute autre personne possédant un doctorat* ». Ainsi, certains participants ont introduit une subtilité. « *En France, le médecin s'appelle docteur alors qu'en réalité les médecins sont docteurs en médecine, ce qui n'est pas identique. Leur vrai titre est médecin puisque le terme docteur ne fait référence qu'à un niveau d'études, c'est tout* ». On voit alors apparaître à travers cette discussion la notion de « *rivalité entre les titres* ». Pour illustrer cette importance du titre de docteur, certains ont rappelé une citation du Dr Knock dans le film « *Dr Knock ou le triomphe de la médecine* » de Guy Lefranc : « *Appelez-moi "Docteur", Répondez-moi "Oui Docteur" ou "non Docteur"* ».

3.3.1.2. Le mythe du médecin

3.3.1.2.1. Un médecin parfait

Dès lors que le thème du mythe du médecin a été abordé, tous les participants ont spontanément dépeint le stéréotype du médecin parfait. Il s'agit d'un « *homme extraordinaire, ayant tout pour lui à la manière de l'héroïque Dr Sheperd* », « *une véritable perle rare* » et donc « *un médecin idéal qui résout tout* ». De plus, « *tous ces personnages sont vraiment très charismatiques et c'est pour cette raison qu'on est "addict"* ». Ainsi, les patients ont eu quelques difficultés à trouver des défauts à ces médecins puisque « *dans les fictions, les médecins n'ont pas de défaut, ils sont souvent idéalisés, c'est "LE" personnage et ils sont souvent au-dessus des autres* ». Ces médecins apparaissent comme « *plein de génie et c'est ça qu'on trouve fascinant quelque part* ». Dresser une liste des défauts des médecins devient « *compliqué parce que les séries ne doivent pas être prises au 1er degré comme une description complètement réaliste* ».

Ainsi, ces notions ont soulevé le problème de la scénarisation et de la ressemblance entre les médecins de fiction et les médecins réels. Certains ont affirmé que « *les personnages campés dans les films étaient scénarisés* » et « *que le cinéma renvoyait quelque chose de complètement artificiel* ». D'autres ont déclaré que « *finalement la télé et le cinéma, dans le côté "good doctor" avaient mis la barre un peu haut pour les gens de la vraie vie* ». Ce comportement irréprochable irrite certains patients-spectateurs puisqu'ils affirment que « *certes, ils ont un profil parfait mais c'est un peu trop dans la perfection, un côté qui fait rêver mais aussi un côté trop parfait ... très énervant* ».

Néanmoins, cette image de médecin parfait reste ancrée dans l'idée populaire et la plupart des patients « *aimeraient franchement connaître certains médecins tels qu'ils apparaissent au cinéma* ».

3.3.1.2.2. Le sauveur

Certains participants ont poussé à l'extrême le concept de médecin parfait, le médecin devient alors « *un véritable sauveur* ». « *Les médecins, ils renvoient une image qui répond à un fantasme du médecin par excellence, une image de sauveur. C'est vrai qu'il y a ce côté-là derrière la profession qui inspire du respect, de l'admiration. Cette image représente donc le médecin comme le sauveur de l'humanité* ». Le médecin « *incarne à lui-seul la dernière chance* », « *le dernier recours, il intervient quand tout le monde a échoué* ».

3.3.1.2.3. Le super-médecin

« C'est vrai que les médecins dans les fictions qu'on a pu voir, sont représentés comme des super-héros ». Ce postulat a permis d'ouvrir le débat concernant le statut du médecin en tant que « *super-héros qui sauve la planète* ». La majorité des patients interrogés considèrent les médecins de fiction comme des « *surhommes* », « *une référence, ils opèrent avec les moyens du bord, ils ne se reposent quasiment jamais, ils ne mangent jamais [...]* ». De plus, tous ces médecins « *ont un petit côté omniscient, omnipotent, ils échouent très rarement, souvent ils font des traitements qui sont au-delà du commun. Ils ont un don pour ça* ». Ils apparaissent comme « *des génies de la chirurgie [...], ils sont capables de tout faire, de tout reconstruire au niveau du corps humain, ils sont capables de faire des exploits* ».

Ainsi, les fictions nous montrent l'image d'un « *médecin infailible qui ne connaît pas les incertitudes, bien présentes cependant dans la réalité du médecin* ». « *Dans les séries, l'incertitude des médecins n'est jamais montrée, ils y arrivent tout le temps et toujours de toute façon, ils n'ont besoin de personne. Même quand ils ne savent pas faire une opération par exemple, ils regardent pendant une demi-heure la dernière conférence sur le sujet et paff ! ils opèrent pour la première fois et c'est un succès* ».

3.3.1.2.4. Le médecin Dieu

Dans le même esprit, certains participants ont comparé les médecins à « *des Dieux vivants qui réussissent tout mieux que tout le monde, qui croulent sous l'argent et les conquêtes amoureuses* ». Ainsi, dans les fictions médicales « *nous avons l'impression d'être en face d'un panel de déités qui imposent leurs lois et leurs règles et on est bien loin de la réalité heureusement* ». Le médecin est alors doté de pouvoirs divins rendant l'échec inconcevable. Les différents groupes ont reconnu « *que l'échec faisait partie de la profession, que malheureusement ce n'était pas une science exacte mais que les échecs sont peu représentés dans les fictions et s'il y en a quand même, ce n'est pas la faute du médecin dans les séries* ». Les médecins sont « *montrés comme des êtres divinisés, les médecins de fiction sont des Dieux vivants qui ne connaissent pas l'échec* ». Un comparatif avec la réalité a été établi par certains participants. « *Donc c'est vrai que ce ne sont pas toujours que des succès mais dans les films c'est souvent une réussite, ils y arrivent toujours, on les admire, on les met sur un piédestal alors que malheureusement dans la vie d'un médecin, dans la vraie vie, il y a aussi des échecs qu'il faut gérer et ce n'est pas vraiment montré à l'écran* ».

3.3.1.3. La désacralisation du médecin

A côté de cette image de médecin parfait voire de médecin héroïque et divinisé, les patients ont évoqué la remise en cause de ce mythe.

3.3.1.3.1. Évolution de l'image du médecin à travers les époques

La plupart des intervenants se sont mis d'accord sur le fait qu'il existait une nette évolution de l'image du médecin à l'écran et « *cette évolution est en adéquation avec la progression de la société puisque les mentalités ont changé à partir des années 60* ». Avant le médecin avait « *un petit côté burlesque incitant les moqueries alors qu'aujourd'hui il ne l'a plus du tout* ». Certains parlent alors de « *l'image des années 2000 avec l'image du médecin super-héros défenseur de la planète* », ce qui constitue pour le public « *la vision moderne et biaisée de la médecine et du médecin* ».

La totalité des participants a considéré que « *les fictions médicales avaient contribué à modifier la vision des spectateurs envers le médecin* ». Certains traits de personnalité ont été retenus comme « *des défauts de génération* ». Ainsi, « *le côté séducteur du médecin fait partie intégrante d'une génération entière de films, alors que dans les films d'aujourd'hui, il y a moins de séduction ; on accentue plus sur le médecin lui-même et sur le côté humain que l'on dissimulait il y a quelques années derrière cette image hyper-positive, hyper-séductrice et cette image infaillible du médecin par excellence* ».

« *Donc l'image du médecin se modifie à travers les ans et les générations et devient plus humaine et plus réaliste* ».

3.3.1.3.2. La démystification médicale

Un débat a fait rage au sein d'un des groupes concernant la démystification de la profession médicale et notamment l'influence des fictions médicales sur cette désacralisation. « *Au niveau des toubibs, au-delà de les voir autrement à travers le grand écran ou la petite lucarne, les fictions contribuent à une désacralisation, ils descendent de leur piédestal mais je pense que d'un point de vue social, cela appartient à un vrai problème de société* ». Certains ont conclu que « *les médecins ont été la première étape de la désacralisation des professions respectables de la société et que l'image divulguée par les écrans y a grandement contribué* ».

Cette perte de statut s'explique selon les participants par « *la vulgarisation de la profession médicale par l'intermédiaire des fictions et donc la disparition de beaucoup de statuts. Certains métiers sont alors banalisés et n'obtiennent plus l'effet qu'ils avaient autrefois sur la population* ». Ainsi, « *le médecin est totalement désacralisé et démythifié, de telle sorte qu'on le voit plus humain et qu'on commence donc à remettre en cause sa décision, son choix...* ».

Les différents groupes ont été unanimes pour affirmer que les fictions médicales ont contribué à « *la perte progressive du statut du médecin* » et par conséquent à « *la paupérisation de la profession au sein de la société* ».

3.3.1.4. La dérive du médecin

La majorité des patients interrogés a affirmé que derrière cette image de prophète, d'homme notable et d'homme parfait, pouvait se cacher un médecin aux vices dissimulés. « *Donc, il y a toujours cet aspect-là, cette dérive du comportement du médecin qu'il peut avoir et c'est très bien vu dans les séries médicales. C'est un aspect négatif d'un métier à double tranchant, tout dépend des forces qui s'opposent et le médecin est l'exemple même de l'opposition entre le bien et le mal* ».

La première dérive du médecin est l'image du médecin sorcier. En effet, « *certains médecins peuvent se comporter comme des sorciers. Avant, on allait chez le chaman, cet être servant d'intermédiaire entre l'Homme et les esprits. Les médecins ont repris quelque peu le flambeau de cette tradition* ». Le médecin devient alors « *celui chez qui on vient chercher le remède au mal qui nous ronge*».

D'autres intervenants ont souligné que de nombreux médecins avaient tendance « *à se prendre pour Dieu* ». Les films d'horreur notamment regorgent « *de médecins ou membres du corps médical ayant péter un câble et se retrouvant avec un très sévère complexe de Dieu. Ces médecins ont d'ailleurs pour seul objectif le contrôle de la vie et de la mort* ». Ainsi, « *il existe au niveau cinématographique, beaucoup d'exemples de médecins qui ont pété les plombs* ». Le cinéma d'épouvante n'est pas le seul genre cinématographique à mettre en scène le comportement déviant et néfaste des médecins puisqu'il « *y a aussi toutes les adaptations des comics américains au cinéma où les docteurs sont toujours des espèces de savants fous. Par exemple, le Dr Banner qui essaye de s'inoculer lui-même des gènes enfin des mutations génétiques pour pouvoir devenir plus fort* ».

« *Souvent les médecins sont un mélange de deux extrêmes, ils ont une noblesse humaine poussée au maximum associée souvent à toutes les pires bassesses humaines possibles* ». Ainsi, le médecin possède son propre « *coté Dr Jekyll et Mister Hide* » et peut se révéler dans la fiction voire dans la réalité comme un être bon ou un être mauvais.

3.3.2. Le médecin: une Belle Personne

De nombreuses qualités ont été attribuées au médecin lors des échanges et la plupart des participants ont insisté sur l'aura de « *Belle Personne* » que renvoie le médecin tant à l'écran que dans la réalité.

3.3.2.1. Un médecin humain

« *Le médecin, il a des défauts et qualités comme tout le monde, il a ses faiblesses* ». Tous les intervenants ont été unanimes pour souligner « *le coté humain des médecins puisque tous les caractères, tous les défauts des médecins sont tous des caractères humains* ». Les participants semblent considérer que les fictions médicales permettent d'illustrer cet « *aspect humain* » du médecin. En effet, « *à l'écran, on va voir que le médecin ce n'est pas qu'un médecin mais aussi un être humain* », « *ce sont des hommes et des femmes comme les autres, on voit leurs forces, leurs faiblesses, leurs limites et leurs points faibles* ».

Un certain nombre de patients-spectateurs pensent que « *les séries ou films ont joué sur la révélation de l'humanité du médecin et que l'image du médecin faillible restera ancrée à jamais* ». De plus, les fictions médicales ont « *permis à beaucoup de personnes de s'identifier aux médecins car tous les traits de caractère et les profils sont représentés* ». En raison de ces « *qualités humaines* », le médecin apparaît comme « *portant sa croix et similaire à la population ce qui suscite de l'empathie chez le patient-spectateur* » .

Le médecin devient alors un être doté d'humanité, « *qualité dissimulée auparavant* » qui « *inspire la confiance et la confiance* ». Les intervenants ont conclu que les médecins « *étaient des gens très altruistes et bienveillants pour tous les patients ce qui représente la plus grande de toutes les qualités* ».

Certains participants ont extrapolé ces qualités humaines et ont évoqué l'action humanitaire menée par quelques médecins. En effet, « *les médecins sont si humains qu'ils n'hésitent pas à se donner corps et âme dans des causes humanitaires, preuve de leur grande humanité !* » Comme dans la plupart des situations, un parallèle a été réalisé entre

la fiction et la réalité. Un intervenant a illustré ses propos par l'exemple de son médecin traitant : « *c'est quelqu'un qui a beaucoup voyagé, elle a fait partie de médecin sans frontières au Sénégal pendant des années* ». D'autres participants ont rebondi en évoquant « *la jeunesse de Guevarra dans « Carnets de Voyage », lorsqu'il est jeune médecin généraliste et qu'il a rencontré toutes les maladies tropicales, ce qui donne une très belle image du médecin humanitaire* ».

3.3.2.2. Un médecin au charme irrésistible !

Le cliché du beau médecin n'a pas été oublié par les participants. En effet, ils n'ont pas hésité à nous donner une caricature assez précise « *du médecin genre beau gosse blond avec son stéthoscope autour du cou et son sourire ultra-white !* » ou encore l'image de « *la jolie interne, à la plastique parfaite mais plus qu'écervelée* ». Ainsi, la plupart des « *patients s'attendent à se faire soigner par le beau Georges Clooney* ».

La totalité des intervenants ont remarqué que la plupart du temps les médecins apparaissent à l'écran « *comme des dragueurs finis, croulant sous les conquêtes amoureuses alternant entre infirmières et patientes, ayant toutes les femmes qu'ils veulent* ». Les médecins « *sont donc tous très séducteurs, les hommes comme les femmes et cette représentation, ce côté sentimental est très présent dans les fictions* ». D'ailleurs, certains ont déploré que le thème principal de ces fictions soit « *plus d'ordre sentimental voire relatif à la drague que la mise en lumière du rôle du médecin réel* ». Un intervenant a même poussé la discussion en affirmant que certains médecins pouvaient avoir « *recours à leur arme fatale de séduction pour avoir les faveurs sexuelles d'un étudiant ou d'un médecin plus jeune* ».

La séduction passe aussi par un abord agréable, ainsi le médecin apparaît comme un être plaisant et enchanteur. En effet, les participants ont tous souligné la grande capacité du médecin « *à rester souriant même en fin de journée, même à 19h, il reste toujours souriant* ». Tous les intervenants ont affirmé le côté « *sympathique des médecins* ». Le médecin est « *souvent une personne agréable au premier abord, vers qui on a envie d'aller, pas du tout renfermé ou replié sur lui-même mais au contraire qui donne envie de parler, de se confier, de discuter...* ». La majorité des patients interrogés ont conclu « *que la sympathie et l'attitude agréable des médecins étaient souvent retrouvées même dans les séries, ce qui représente un gage de réalisme* ».

Parallèlement à cette image de gravure de mode, souriante et sympathique, le médecin dans les fictions médicales véhicule la notion d'un « *médecin fêtard* ». Certains ont

pu remarqué des similitudes avec des médecins réels. « *Moi, j'avais un jeune médecin qui nous faisait des cours à la fac et c'était complètement comme dans « Grey's Anatomy » où les médecins font la fête le soir et la nuit et le lendemain paff ! Ils vont travailler sans avoir dormi comme si de rien n'était* ».

3.3.2.3. Un médecin dévoué aux autres...

3.3.2.3.1. Médecin par vocation

Certains intervenants ont décrit le médecin comme étant un être « *désintéressé, réalisant son métier par vocation et ne le faisant absolument pas pour l'argent* ». Ainsi, étant désintéressé par l'argent, le médecin et notamment le médecin généraliste devient aux yeux des patients un médecin pauvre, « *ne roulant par sur l'or à la différence des grands chirurgiens* ». Les participants ont remarqué que cet aspect financier était très peu représenté à l'écran, « *en effet, le médecin pauvre, on en parle pas à l'écran car ça ne fait pas rêver. Seul le « Dr Sylvestre » en bon médecin de campagne peut être représentatif, il ne fait pas rêver et il n'a pas un niveau de vie démentiel* ». Ainsi l'exercice de la médecine par vocation ne semble pas être « *très lucrative* » selon les personnes interrogées.

3.3.2.3.2. Un médecin passionné

La totalité des intervenants ont reconnu le « *dévouement absolu des médecins pour leurs patients* » ; En effet, la plupart sont même allés jusqu'à considérer que les médecins « *passaient quasiment toute leur vie avec leurs patients* » et donc « *qu'il s'agissait vraiment d'un sacerdoce* ». Cet aspect apparaît à l'écran, en effet, « *le dévouement du médecin de famille dans les séries télévisuelles est très souvent retrouvé à l'écran* ».

Un débat a alors divisé les groupes, certains pensaient que « *cela est normal que le médecin soit extrêmement dévoué, notamment le médecin de famille* » alors que d'autres considéraient « *l'attitude du médecin comme un défaut, le défaut du médecin d'être trop dévoué à son métier* ».

A l'extrême, certains intervenants ont affirmé la passion ressentie par certains médecins lors de l'exercice de la profession médicale . Ainsi, « *certaines médecins, comme dans « Body of Proof », lorsqu'elle était encore neuro-chirurgien, elle était tellement passionnée par son travail, par ses patients au détriment de sa vie* ».

3.3.2.3.3. Plus qu'un médecin, un ami ...

Certains participants ont évoqué l'importance de la relation entretenue avec leur médecin et notamment « *cette relation médecin-malade qui va aller un peu plus loin que le simple suivi normal, qui peut aller vers une sorte d'amitié ou vers une relation de confiance permettant au patient de se livrer, de pouvoir parler* ». Une personne interrogée nous a livré son témoignage concernant sa relation avec le corps médical : « *moi, j'ai toujours eu de très bons contacts et donc de très bons souvenirs avec les médecins. Le premier médecin que j'ai rencontré était un ami de mon grand père et le deuxième était un ami très proche de ma mère, il était de la même génération qu'elle et donc le rapport patient/médecin était différent. Le médecin était très proche de nous et je trouve que cette amitié favorisait la relation de confiance et les échanges. Cela n'a jamais constitué un frein selon moi* ».

La plupart des intervenants ont revendiqué cette volonté et « *cette envie d'entretenir une amitié avec leur médecin* » comme « *dans les séries, par exemple dans « La Petite maison dans la prairie » où le médecin est bien plus que le médecin, il fait en quelque sorte partie de la famille, et cette relation donne envie* ». Néanmoins, certains ont affirmé que « *même si on pouvait avoir envie d'un peu plus d'amitié avec le médecin, on sait que ce n'est pas possible en raison de la distance professionnelle entre le médecin et son patient* ».

Un autre aspect relationnel entre le médecin et son patient a été souligné à travers le film « Le Discours d'un roi » « *où le médecin adopte une attitude plutôt familière avec le patient et qui ose s'adresser à un roi en le tutoyant* ».

Ainsi, les patients-spectateurs considèrent qu'« *au-delà de la relation unissant le médecin à son patient, le médecin peut devenir un ami ou un proche pour le patient ce qui peut modifier la relation créée* ».

3.3.2.3.4. ... au détriment de sa vie privée

Les différents groupes ont tous abordé la répercussion de la vie professionnelle du médecin sur sa vie privée. Certains ont affirmé qu'« *à travers les fictions, on découvre un peu leur vie grâce aux aventures palpitantes qu'ils vivent* ». Ainsi, « *nous avons l'impression que toute leur vie tourne autour des patients, même dans leur vie privée, ils en parlent tout le temps, toujours focalisés la-dessus, comme si c'était une obsession. Et donc on se dit que forcément c'est pareil dans la réalité, que les médecins n'ont pas d'autre chose dans leur vie que leurs patients.* ».

La vie privée du médecin devient dérisoire voire inexistante. En effet, certains participants considèrent que « *la médecine représente tellement toute la vie du médecin que sans elle il n'a pas grand chose à côté* » et que « *la vie à côté n'existe pas* ». Certains intervenants ont nuancé leur propos en affirmant que « *la vie privée des médecins n'était pas réduite à néant mais était mise à dure épreuve* » car « *la profession a tendance à éclabousser la vie à côté et souvent le médecin a une vie de famille souvent mise entre parenthèses* ».

La totalité des intervenants ont évoqué l'échec de la vie privée des médecins et considèrent que cet échec est bien retranscrit à l'écran. « *Dans « Body of proof », le personnage principal est tellement obsédée par son travail prenant qu'elle délaisse complètement sa famille. Alors, quand à la suite d'un accident, elle doit quitter son métier de neuro-chirurgien pour devenir médecin légiste, elle se retrouve seule et essaie de renouer avec sa fille et cette dernière énonce alors une réplique qui parle d'elle-même : "depuis quand je t'intéresse ?" ».*

3.3.3. Le médecin: une Vilaine Personne

Le médecin de fiction apparaît souvent sous les traits d'une personne dotée de mauvaises intentions et cet aspect n'a pas été omis par les participants des différents groupes.

3.3.3.1. Un médecin caractériel

Le personnage du Dr House a été donné comme référence dès lors que la notion d'un médecin caractériel a été évoquée. En effet, il est décrit unanimement comme « *un toubib avec un caractère pourri* » « *dont l'attitude et le comportement sont insupportables et inacceptables* ». Une critique relative à cette attitude antipathique a donc été ouvertement réalisée durant les différents groupes. Le « Dr House » devient alors « *un être fabriqué pour être misanthrope et illustrer les défauts de la profession* ». Un autre médecin dans la série « *Nip/Tuck* » a été désigné par un intervenant comme étant « *pire que House, il est imbu de sa personne, il est pédant, il est odieux, caractériel, antipathique, arrogant... Bref, il incarne à lui-seul tous les défauts que l'on peut retrouver chez les médecins de la vraie vie* ».

Au-delà de ces deux personnalités fictives « *poussées à l'extrême concernant leur caractère* », certains participants ont cité quelques traits de caractères pouvant s'apparenter à des défauts. En effet, « *lors de ma dernière visite au CHU, cela a été relativement épique, j'ai été pris en charge par un médecin qui me faisait penser à Alex Caref dans « Grey's*

Anatomy », un mec un peu, enfin vraiment antipathique, qu'on venait visiblement de réveiller de sa sieste et qui avait tout du véritable ours mal léché ». De plus, il est fréquent que « dans la fiction mais aussi dans la réalité d'ailleurs, les médecins apparaissent comme étant un peu bougons et de mauvaise humeur » ce qui « a pour effet d'altérer considérablement la relation entre le médecin et son patient ». Enfin, certains ont affirmé que « les médecins pouvaient paraître assez bornés » voire parfois « agressifs et impulsifs, signes flagrants de leur mauvais caractère ».

Un autre défaut cité par la plupart des intervenants a été « l'autoritarisme dont font preuve certains médecins ». En effet, « ils considèrent qu'ils n'ont pas besoin d'expliquer leur démarche ou leur traitement car le patient va forcément obéir à la prescription ». Certaines fictions médicales « notamment « Urgences » ou « Grey's Anatomy », mettent en scène des médecins possédant certains traits de personnalité très autoritaires ». Les participants ont reconnu que « ce comportement pouvait être cassant ». De plus, les patients « face à certaines réflexions vexantes » ont pu « se sentir angoissés et mal à l'aise ».

3.3.3.2. Un médecin « imbu de sa personne »

Le principal défaut retenu lors des différents échanges a été sans conteste l'« *égo surdimensionné des médecins* » auquel s'ajoute « une arrogance démesurée ». En fait, « il s'agit plus de prétention et de l'orgueil qu'autre chose ». Cet aspect semble très présent dans les fictions médicales. Certains ont même avoué que « dans les séries, les médecins ne me plaisent pas trop, je trouve qu'ils se la jouent ».

Ainsi, le médecin apparaît sous les traits d' « un homme au caractère puant », « odieux, prétentieux à l'extrême », « imbu de sa personne et pédant » et enfin « vraiment imbuables ». « Et c'est vrai que dans les fictions, ils se prennent, enfin ils sont au-dessus des autres, ils se pensent au-dessus des autres et supérieurs ».

Certains participants pensent que « cette arrogance conduit les médecins à pousser les choses à l'extrême, à être trop ambitieux ». Le cinéma ou la télévision nous offre de multiples exemples de médecins « tentant n'importe quoi pour pouvoir arriver à ses fins, par simple ambition et soif de gloire, pour rester au top de la hiérarchie sociale voire pouvoir accéder à un rang supérieur ». Un intervenant ira même jusqu'à dire que « les médecins n'hésitent pas à pécher par orgueil volontairement ».

3.3.3.3. Un médecin aux multiples défauts

Une fois l'attitude orgueilleuse et hautaine des médecins évoquée, les patients ont eu quelques difficultés à émettre des critiques concernant les praticiens. Néanmoins, le phénomène de groupe a pu faire ressortir quelques notions partagées par la plupart des participants.

Premièrement, ils apparaissent, dans la fiction comme dans la réalité, « *peu disponibles* ». « *Le manque de disponibilité du médecin est sans hésitation un défaut, c'est impossible d'avoir un rendez-vous pour le jour même, il faut s'y prendre à l'avance* ». Cette problématique semble être retrouvée à l'écran puisque « *un personnage comme « Dr House », il paraît assez borné et très dur à aborder. Il n'est jamais disponible pour ses patients. D'ailleurs, il ne rentre jamais en contact avec eux et donc il ne se rend pas disponible pour eux. Du coup, à cause de cette représentation, les médecins apparaissent peu accessibles et surtout très peu disponibles* ».

Deuxièmement, les médecins ne semblent pas briller par leur patience puisque certains affirment « *les médecins, ils ne sont pas très, très patients avec leurs patients d'ailleurs* ». Ce concept existe dans la réalité et dans la fiction. « *Ils arrivent qu'ils soient pas du tout patients, pas du tout pédagogues* ». Ainsi, en plus de leur manque de patience, ils font preuve « *d'un manque de pédagogie évident, au niveau de l'encadrement des internes, des étudiants voire de pédagogie avec les patients ...* ».

La plupart des patients déplorent le manque d'écoute du médecin, « *moi, mon médecin n'était pas suffisamment à mon écoute donc j'ai changé de médecin* ». Une fois encore, la réalité peut se transposer en fiction car « *il est possible d'identifier mon médecin à certains personnages par son côté tordu, pas attentif et peu à l'écoute* ».

Enfin, dans le même ordre d'idée, les groupes ont souligné « *le manque de diplomatie de certains médecins* ». Ils semblent « *très voire parfois trop directs, ils ne passent pas par quatre chemins pour annoncer quelque chose toujours dans le respect de la personne mais en étant toujours très directs* ». Un patient nous a livré son expérience : « *j'ai eu affaire à un médecin d'un certain âge donc normalement avec plus d'expérience qui a été très maladroit, très direct et dont je garde un souvenir vraiment déplorable . Il communiquait d'une façon horrible. D'ailleurs, sa façon de communiquer était très ressemblante à la façon de faire de Dr House, c'est à dire droit au but !* » Le groupe a alors conclu que « *le manque de diplomatie était fréquemment retrouvé et qu'il s'agit d'un défaut de certains de ne pas*

avoir la diplomatie de présenter les choses disons d'une façon accessible au patient et pas trop brutalement ».

Ainsi, un participant a conclu que *« le médecin pouvait être vu comme étant un être peu patient, peu diplomate, peu pédagogue, peu disponible et peu à l'écoute. Tout cela ne constitue pas le portrait du parfait médecin, bien au contraire ! ».*

3.3.3.4. Un médecin intéressé

L'argent et la gloire ont été cités comme sources d'intérêt pour le médecin lors des différents échanges.

La première représentation citée a été *« l'image du médecin commerçant chez qui on vient faire ses courses »*. *« On connaît tous un médecin épicier, il faut pas se voiler la face, on y va parce qu'il nous faudrait tel ou tel médicament donc on va voir le médecin pour faire son marché, on le prend donc pour un épicier ! »*. Cette affirmation ironique et imagée d'un participant a ouvert le débat concernant la relation du médecin avec l'argent. *« Il existe une vraie relation avec l'argent, une importance de l'argent ! »*. Dans certaines situations, *« on peut retrouver un peu d'avidité chez les médecins, je pense aux médecins de stations balnéaires qui ne prennent pas de vacances en période estivale car ils savent qu'ils vont avoir une grosse clientèle. L'appât du gain devient important. C'est d'ailleurs très bien retranscrit dans la série « Royal Pains »*. Néanmoins, les fictions médicales *« abordent très peu la question de l'argent, à part lorsqu'il s'agit de chirurgie esthétique, par exemple dans « Nip/Tuck » où le sujet n'est plus tabou »*. Cependant, même si cette notion n'est pas clairement explicitée, les participants ont souligné la présence de signes extérieurs de richesse chez ces médecins fictifs : *« le médecin devient une pompe à fric », « dans « Grey's Anatomy », ce sont des Dieux vivants qui croulent sous l'argent »* ou alors *« dans « Nip/Tuck », ils sont riches, ils sont pleins aux As ! »*.

Malheureusement *« cette avidité et la quête de pouvoir qui en résulte vont conduire le médecin aux limites de l'exercice médical déontologique »* car *« le médecin semble prêt à tout pour atteindre son but et pour lui le patient n'est simplement qu'une source de fric »*. Le patient perd alors son humanité et *« est pris comme un bout de chair », « comme un cobaye, comme un objet d'expérience, comme un galop d'essai »*. En effet, les médecins notamment dans les séries médicales *« veulent absolument être dans le bloc pour essayer de faire des choses, pour avoir un patient avec une maladie qu'ils n'avaient jamais vu, pour pouvoir le soigner ou l'opérer, pour se faire la main. Ils en oublient le patient juste pour avoir la possibilité d'être sur l'opération »*. Les patients-spectateurs ont alors conclu que *« l'intérêt*

du médecin est alors différent de l'intérêt du patient et se fait d'ailleurs souvent à défaut du patient ».

3.3.3.5. Un médecin inhumain

De nombreux patients-spectateurs ont reconnu « *le caractère inhumain ou plutôt déshumanisé de certains médecins qu'ils soient réels ou fictifs d'ailleurs* ». « *Les médecins sont tellement soumis à une pression constante que le côté humain disparaît, l'humanité du médecin disparaît. Cette dérive qui existe réellement est très bien vue dans les séries ou dans les films* ». Certains participants ont explicité leur propos, « *dans les séries, le médecin veut tellement se blinder par rapport à la détresse qu'il voit, qu'il va finalement perdre son humanité complètement. Il n'y a pas de personnage particulier mais on le voit dans « Urgences », dans « Grey's Anatomy », House en est un très très bon exemple* ». Pour certains, « *le summum de l'inhumanité est atteint par House* », en effet « *on ne parle même pas de Dr House où le côté humain est proscrit et à exclure de son vocabulaire* ».

Le médecin devient alors « *un homme devant être fort face à la maladie, face à la mort, endurci face à la maladie mais le fait de s'endurcir le rend inhumain et dur voire impitoyable envers le monde autour* ».

Certains participants ont affirmé que « *les médecins pouvaient être amenés à être méchants* », « *méchants entre eux mais aussi avec les patients, les familles...* ». « *Le médecin devient alors un personnage odieux, néfaste et parfois même mal intentionné* ». « *Le médecin peut même incarner le méchant de la série comme dans « Hollywood Girls* ». A l'extrême, quelques patients-spectateurs sont allés jusqu'à affirmer que le médecin pouvait se révéler « *sadique* », « *selon les épisodes, injuste et malsain* » et « *se délectant paradoxalement de la souffrance des gens au point de faire souffrir ses amis proches* ».

3.3.4. La maladie à l'écran

3.3.4.1. La maladie : « *le quotidien du médecin* »

Tous les participants ont constaté que « *la maladie occupait une place de choix* » dans la vie du médecin qu'il soit fictif ou réel. Ils ont souligné la « *capacité de passer d'un cas à l'autre que le cas soit simple ou complexe* ». Cette notion fut unanime au sein des groupes. Certains ont précisé que « *l'attitude du médecin variait selon les cas, si c'est une simple angine, il va forcément faire cela pas de façon mécanique mais d'une façon peut-être*

directe et automatique alors que si c'est un cas très grave, il va prendre peut-être plus de temps et il va discuter avec la personne en face, c'est un peu normal qu'il ne traite pas tous les cas de la même façon ! ». Ainsi « *la réalité du médecin est marquée par cette alternance entre cas bénin et cas grave* » et « *c'est évidemment une qualité* ».

Le cinéma a évidemment mis en lumière cette dualité en mettant en scène des médecins « *qui passent d'un malade à l'autre, en les enchaînant et en interprétant tout comme ça* ». Bien que reconnaissant qu'il s'agisse d' « *une qualité et d'une compétence de passer des cas graves au cas courants* », certains intervenants ont émis des critiques en considérant ce comportement comme « *très choquant lorsqu'on est pas dans le milieu médical* ». De nombreux exemples ont été donnés pour illustrer cette opposition entre le détachement et l'implication du médecin face aux situations cliniques rencontrées. Nous en avons sélectionné un qui nous paraît évocateur. « *Il y a un passage du film « American Mary » qui me vient en tête où le personnage principal parle avec un de ses professeurs et son professeur la félicite pour son travail en tant qu'interne et l'invite à une fête puis enchaîne "vous voyez cette famille là-bas, leur père vient de mourir, je vous demande d'aller leur annoncer tout de suite". Voilà passer du coq-à-l'âne comme ça c'est très perturbant pour nous* ».

Cet exemple a soulevé une autre notion. Les différents groupes ont évoqué la confrontation fréquente des médecins avec la mort puisque « *on se dit que dans un hôpital, on est confronté à la mort quotidiennement* » et la nécessité d'un comportement distant du médecin puisque « *lorsqu'ils sont confrontés à la mort, on les voit très humains, très..., enfin ils souffrent eux-aussi d'une certaine façon* ». La toile de cinéma ou l'écran de télévision permet de « *voir les forces et les faiblesses des médecins, voir que finalement ce sont des hommes comme les autres et face à la souffrance ils réagissent forcément...* ». Cependant, « *il y a tellement de morts dans les séries, plus les séries sont récentes, plus il y a de morts dans des circonstances terribles donc le médecin face aux malades, face aux décès doit être fort* ». Néanmoins, de nombreux participants ont souligné qu'« *à la différence de la réalité, il y avait dans les fictions, un autre côté attachant à savoir beaucoup de légèreté ce qui constituait un moment de détente sympa* ». Ainsi, les fictions nous livrent « *des moments graves où le personnage peut avoir un aspect très sombre, très humaniste, très humain, il est capable d'être impartial, d'être juste, de faire ce qui est le mieux pour le patient mais il y a aussi un côté déconnade et détente, il sait prendre les choses à la légère pour apporter un équilibre, à la fois le côté dramatique et humoristique de la série* ». Ce dernier point n'a pas fait consensus au sein des groupes ; la plupart des participants ont constaté « *une différence entre la fiction médicale alliant gravité et légèreté et la réalité quelque peu dépourvue*

d'humour ». Un seul participant a évoqué le comportement de son médecin « *aimant faire un peu d'humour pour détendre l'atmosphère quand cela est nécessaire* ».

Il a été constaté par la majorité des participants que « *les fictions médicales offrent au spectateur des aventures palpitantes et pleines de rebondissement ce qui semble différer de la réalité* ». « *En fait, dans les films ou les séries, quand les médecins interviennent c'est qu'il y a des choses très graves, ils vont sauver la vie de quelqu'un ...* ». Cette notion, quant à elle, a permis de mettre tous les intervenants d'accord et de nombreuses illustrations ont été évoquées. Une caricature des fictions médicales a même été donnée lors d'un groupe : « *c'est vrai que dans les fictions, il se passe toujours des catastrophes naturelles du coup il y a 50 000 patients à opérer, ils font des opérations énormes et ça tous les jours, il y a des opérations qui durent 10 heures alors qu'en vrai ... enfin ils ne vont pas montrer les gens qui se font opérer d'une appendicite* ». Tous les participants ont conclu que « *en fait, on ne voit jamais dans les fictions un médecin qu'on pourrait croiser au quotidien, même un chirurgien dans un service ou même une chirurgie. C'est toujours très romancé, idéalisé, c'est énorme en fait, c'est extravagant et grandiose ce qu'ils font !* ». Ainsi, « *les fictions sont irréalistes parce qu'elles mettent en scène des cas extraordinaires, seulement des choses spectaculaires, il faut qu'il y ait du mouvement ou des rebondissements. Les séries cherchent à rythmer l'épisode donc il faut que de nouveaux éléments surgissent à chaque seconde entraînant des aventures hors normes mais c'est pas la réalité, c'est pas la vie quotidienne qui est mise en scène... malheureusement* ».

« *C'est sûr des fois il y a des patients qui arrivent avec des maladies un peu banales, pour nous médecin c'est mieux si ce sont des maladies rares ou inconnues* ». Cette citation de Didier Bourdon a introduit le débat concernant « *la distinction ou non entre un cas grave et un cas intéressant dans la pratique médicale courante* ». Preuve cinématographique ou télévisuelle à l'appui, certains considèrent que « *le médecin privilégie certains patients, un cas grave par exemple et peut délaissé un patient pour un autre ... qui serait moins intéressant* ». La notion de « *tri dans la patientèle* » a donc été clairement énoncée et discutée.

3.3.4.2. Connaissances médicales du spectateur

Les participants ont avoué avoir un intérêt pour les fictions mettant en scène des médecins en raison des connaissances médicales qu'elles apportent. En effet, « *il y a toujours et à chaque fois, un cas de médecine qui se pose, qu'il faut régler et c'est très intéressant parce qu'on découvre pas mal de chose si on s'intéresse à ce milieu-là* ». Les

fictions malgré la scénarisation relatent des « *cas concrets de médecine* » « *quand le personnage rencontre la lèpre ou toutes ces grandes maladies* ». Ce qui semble alors captivant pour le spectateur est le domaine médical en lui-même « *tout ce qui touche à la médecine, à la biochimie, au bactériologique, aux pandémies, tout ça... c'est très difficile à comprendre et c'est très addictif !* ». Ainsi, tout ce qui touche de près ou de loin à la médecine fascine comme le montrent certaines séries « *qui mettent en jeu des médecins étudiant tous les virus, c'est très intéressant et très palpitant* ».

A travers les fictions médicales, « *le spectateur a le sentiment d'apprendre la médecine* ». « *Les premières saisons de « Dr House » ont été extrêmement intéressantes, très bien faites et ça m'a appris beaucoup de choses, tout ce qu'on peut découvrir sur les maladies, sur le sujet de la médecine...* ». Les patients considèrent que dès lors que les fictions s'éloignent de la médecine, elles perdent leur intérêt, en effet, « *les nouvelles saisons je trouve qu'elles partent un petit peu vers d'autres sujets qui n'ont plus rien à voir avec la médecine et donc c'est bien moins intéressant* ». De nombreux patients ont souligné le réalisme de ces fictions quant aux pathologies traitées puisque « *les scénaristes s'informent également sur tout ce qui est en matière de nouveautés médicales, c'est intéressant ça aussi lorsque le cinéma suit le progrès médical* ». D'autres ont affirmé que « *le côté romancé à l'eau de rose de l'hôpital, le côté sentimental ou le côté spectaculaire des urgences* » les intéressaient peu et que « *c'était plus le relationnel, les formes d'organisation du travail, les pathologies et donc la médecine qui étaient intéressants ainsi que les effets que cela pouvait produire sur la démarche diagnostique et l'impact sur la relation* ».

Ainsi, en visionnant les films ou séries médicales, le patient-spectateur a le sentiment « *d'être médecin à son tour et de pouvoir établir un diagnostic, de savoir réagir face à une urgence et même de savoir la soigner ...* ».

3.3.4.3. Éducation du spectateur

3.3.4.3.1. L'acceptation de la maladie

Quelques participants ont souligné l'influence des fictions médicales sur l'acceptation de la maladie. En effet, « *même si les médecins à l'écran paraissent névrosés, il y a quelque chose de profond, on se sent presque lié à eux au bout d'un moment. [...] ce n'est pas seulement la maladie, c'est un tout, c'est très profond et une personne malade a besoin de se sentir tout ça pour l'aider à avancer, à se battre dans la vie* ». Le patient-spectateur se sent alors impliqué et a tendance à s'identifier au personnage fictif d'autant plus lorsque

celui-ci incarne un médecin malade. « *Justement, le Dr House, j'ai compris qu'il avait une maladie bien spécifique qui est la mienne et j'ai vu dans plusieurs épisodes, à des moments où il se trouvait dans des états que je connais, que j'ai vécu par le passé et donc là on plonge, on est vraiment impliqué* ». Les fictions médicales permettent « *aux patients d'apprendre sur eux-mêmes pour leur cas personnel et donc de les aider, de leur apporter un soutien* ». Les fictions jouent donc « *un rôle salvateur* ». Ainsi, la maladie retranscrite à l'écran permet « *non pas de tout résoudre mais d'apporter une aide psychologique à une personne malade. Il faut savoir qu'une personne malade, elle est fragile, il y a une pathologie, il faut voir des spécialistes... ce n'est pas toujours évident. [...] Et garder en tête l'image du médecin décomposé par la souffrance peut aider psychologiquement à accepter sa propre souffrance* ».

3.3.4.3.2. L'acceptation des traitements médicaux

Les patients-spectateurs « *acceptent plus facilement les traitements car les fictions médicales nous les expliquent et nous les détaillent* ». Ainsi, une intervention chirurgicale ne peut se dérouler que de la même façon qu'à l'écran. Le spectateur assimile son cas personnel aux cas traités dans les fictions. Un témoignage lors des groupes a illustré parfaitement cette notion. « *Alors moi je sais que quand je me suis faite opérée, j'avais déjà mis les pieds dans un bloc opératoire pendant mes études mais j'ai vu d'autres séries ou films entre temps et je me suis imaginée l'opération comme ça se passait dans les fictions. De toute façon, tout allait bien se passer, ils allaient trouver la solution, c'était parfait ! Donc voilà, j'avais transposé mon opération en fonction de ce que j'avais vu dans les fictions et donc ça m'a aidée à mieux appréhender mon opération et à avoir moins peur. Ça m'a influencée positivement puisque je me disais que de toute façon ça ne pouvait que bien se passer* ».

3.3.4.3.3. L'acceptation de l'erreur médicale

Le sujet de l'erreur médicale a été largement abordé lors des différents entretiens. Le septième art nous offre des exemples d'erreurs médicales. Néanmoins, ce thème, bien que fréquent, a animé le débat et plusieurs points de vues se sont affrontés lors des échanges quant à l'influence de ces fictions sur l'acceptation des erreurs médicales.

3.3.4.3.3.1. Influence négative sur l'acceptation

Le premier argument énoncé était que « *le spectateur pouvait être plus exigeant envers le médecin* » quant à cette erreur diagnostique ou thérapeutique. « *Pour en revenir à Dr House, c'est certainement lui qui est à l'origine de cet impact parce que lui c'est le dernier recours, il intervient quand tout le monde a échoué et ... il réussit* ». En effet, « *maintenant avec le caractère omniscient, super toubib, qui trouve tout de suite la maladie et le remède qui va soigner tout ça ; effectivement demain si je devais tomber gravement malade, j'aurais du mal à encaisser l'échec du traitement et du médecin et l'erreur médicale parce qu'à la télé ça marche et pas dans la vraie vie* ». Cependant, cette opinion n'a pas été la plus plébiscitée au sein des groupes.

3.3.4.3.3.2. Influence positive sur l'acceptation

La majorité des participants a reconnu être plus indulgente envers leurs médecins en raison de l'émergence des fictions médicales. « *Les gens en face de nous ne sont pas forcément des génies omniscients et omnipotents, [...] mais je pense que l'image du médecin qui est faillible reste ancrée quelque part. Et je pense que les séries et les films ont joué là-dessus* ». Ainsi, les fictions médicales ont « *aidé* » le patient-spectateur « *à accepter l'échec des médecins* ».

De plus, comme nous l'avons déjà évoqué, les participants ont souligné l'omniprésence de la mort dans le quotidien de médecin. Par extrapolation, certains considèrent donc que « *quelques décès résultent d'erreurs médicales* » et que « *beaucoup d'erreurs médicales ressortent dans les fictions et donc ce qui était tabou en France ne l'est plus grâce aux fictions* ».

Ce sujet apparaît comme d'intérêt public puisqu'« *un sociologue américain, travaillant dans une unité de pédiatrie [...] s'est intéressé au diagnostic en lui-même et plus précisément aux erreurs médicales. Il a beaucoup travaillé sur les situations d'erreur de diagnostic, en étant à cheval entre les sciences cognitives et la sociologie. Il regarde ce qui induit dans le contexte du travail des erreurs médicales et cette idée-là est présente dans « Dr House » donc cela permet de mieux comprendre les erreurs médicales actuelles* ».

3.3.5. Le médecin malade

« *Le médecin n'est pas un être à part mais un être humain, pouvant porter la croix de la maladie* ».

3.3.5.1. Le malade psychiatrique

« *La pathologie psychiatrique n'épargne pas les médecins, qu'ils soient réels ou fictifs* ». Les intervenants ont été nombreux à avouer que « *dans de nombreuses adaptations cinématographiques notamment américaines, les docteurs sont toujours des espèces de savants fous* » comme « *le Dr Banner dans « Hulk » qui essaye de s'inoculer lui-même des gènes pour devenir plus fort* ». Selon certains participants, « *le cinéma et encore plus les films d'horreur et d'épouvante, regorge d'exemples de médecins ayant pété les plombs* » et « *le concept de médecins fous devient alors une généralité absolue* ».

Derrière la folie se cachent de véritables médecins « *au profil criminel à la manière de Cronenberg, qui n'hésite pas à tuer sans compter* » ou encore « *comme le « Dr Guigels », médecin radié de l'ordre mais qui veut absolument continuer à pratiquer la médecine à la façon très antique de son père* ». « *Ce film d'horreur véhicule à merveille l'image du médecin fou criminel, lâché dans la nature qui veut faire des transplantations cardiaques avec un équipement qui fait vraiment très peur* ». Ainsi, « *la folie du médecin sert d'excuse à ses agissements meurtriers* ».

A côté de « *ces médecins ou membres du corps médical qui n'hésitent pas à péter un câble* », les patients-spectateurs considèrent que « *les médecins sont généralement tous névrosés* » et « *que cette attitude névrosée est flagrante tant dans la réalité que dans la fiction* ». Cependant, la névrose des médecins décrite par les intervenants n'est pas préjudiciable pour le médecin car « *le fait d'être névrosé est en fait une qualité, cela rend les médecins humains, c'est ce qui fait qu'on rentre en empathie et qu'ils nous paraissent plus proches de nous* ». Dans la même idée, une patiente a souligné que « *dans « Grey's Anatomy », le seul moment où Meredith Grey va chez le psychiatre pour se faire soigner, c'est parce qu'elle est au bout du rouleau, elle va alors rester en analyse 4 ans parce qu'elle va avoir besoin d'un suivi psychologique en fonction de tout ce qu'elle vit, les manques... et ces séances vont avoir un intérêt capital dans les séries. Ces séances montrent que le médecin à lui aussi ses limites et peut être amené à souffrir d'une pathologie dépressive* ». Un autre intervenant a rebondi en affirmant que « *les médecins ont quand même besoin d'aller voir des gens qui travaillent avec eux, ils ont besoin de se faire soigner même s'ils ont*

du mal à accepter d'être malades, ils ont besoin de se faire soigner physiquement mais aussi psychologiquement car être médecin est un métier très difficile ».

Cette dernière constatation a ouvert le débat concernant le concept de syndrome d'épuisement professionnel ou "burn-out". En effet, la plupart des participants ont reconnu que *« le fait d'être très impliqués dans leur travail, pouvait amener les médecins au burn-out, c'est à dire qu'effectivement un médecin trop impliqué, prenant trop à cœur sans avoir le recul nécessaire par rapport à sa patientèle et le traitement des maladies pouvait arriver jusqu'à la dépression. Le médecin est dans son monde, il va jusqu'au bout et ne prend même plus le temps de vivre autre chose que la médecine et donc son travail devient toute sa vie. Sans ce recul indispensable, le médecin est littéralement épuisé. Cet aspect précis n'est malheureusement pas montré dans les fictions »*. Un participant a alors déclaré que *« c'est vrai qu'en y réfléchissant, les seuls épisodes ou scènes dans les fictions où les médecins prennent vraiment du recul, on les voit complètement partir en live, ils sont un peu perdus donc du coup on sent bien que c'est tellement toute leur vie qu'après ils n'ont pas grand chose et donc que l'épuisement professionnel est vraiment une réalité »*. Ainsi, *« ce système de burn-out rend compte de la double personnalité du médecin à la fois homme sage et responsable mais aussi homme fou et criminel à la manière de « Dr Jekyll et Mister Hide »*.

3.3.5.2. Le malade « addict »

Quelques participants ont évoqué le penchant de certains médecins pour la drogue et notamment le personnage de *« Dr House »*. En effet, ce médecin *« apparaît comme un toubib accro, au caractère atypique et en permanence défoncé »*. Les intervenants ont alors établi *« une corrélation entre les consommations de toxiques de ce fameux Dr House et ses manifestations physiques de manque, à savoir notamment la décomposition de son visage par la souffrance »*. Lorsqu'il ne s'agit pas de consommation de substances psychoactives, certains médecins ne rechignent pas devant une bouteille d'alcool. Les participants ont remarqué que *« l'alcool et notamment les alcools forts tels Whisky ou Rhum étaient souvent les compagnons de route des médecins et principalement les médecins de Western. Paradoxalement, dans les fictions médicales, l'alcool n'altère en rien les compétences du médecin, bien au contraire d'ailleurs, ce qui ne semble pas être le cas dans la réalité ! »* Ainsi, *« l'image du médecin drogué, addict ou alcoolique n'est pas un tabou et semble être accepté par le public par l'intermédiaire de Dr House. L'écran télévisuel permet alors d'abattre certains préjugés et de banaliser certains comportements »*.

3.3.5.3. Le malade somatique

A côté des pathologies psychiatriques et addictologiques, certains médecins présentent des pathologies organiques selon les patients interrogés. Une participante a expliqué lors d'un *focus group* « *qu'il y avait des signes cliniques retranscrits à l'écran qui l'avaient interpellée en tant que personne malade. En effet, certains signes ressentis par le médecin malade étaient identiques à ses symptômes personnels ce qui l'a beaucoup aidée psychologiquement* ». Ainsi « *le médecin devient un malade potentiel comme tout le monde, le cinéma permet donc au malade de s'identifier au personnage et de montrer que même le médecin peut tomber malade* ».

Certains intervenants ont souligné néanmoins « *que les pathologies dont souffraient les médecins de fiction étaient souvent des pathologies attirant l'attention c'est à dire remarquables physiquement ou des pathologies graves* ». Ainsi, « *les béquilles deviennent l'accessoire indispensable du médecin malade* » que ce soit « *dans « Urgences », la chef de service, la femme qui boitait tout le temps et qui marchait avec une béquille* » ou encore « *le légendaire House avec sa canne et sa jambe droite traînante* ». Cependant, « *on ne verra jamais à l'écran, un médecin avec une angine ou souffrant d'un lumbago, comme si ces pathologies courantes et bénignes ne pouvaient pas atteindre le fameux médecin* ».

3.3.5.4. Le médecin malade : « un patient difficile à soigner »

Quelques patients-spectateurs ont évoqué un « *paradoxe lié à la profession médicale. Le médecin prend rarement le temps de s'écouter et refuse certainement inconsciemment les conseils donnés par autrui. Il n'écoute pas forcément les autres concernant sa santé* ». Ainsi, « *le médecin ne prend en aucun cas soin de lui au niveau de la santé* ». Le médecin apparaît donc comme « *difficile à soigner, comme un malade difficile* ». Le médecin « *a des difficultés à recevoir des conseils sur sa santé de personnes non médecins, ce qui constitue un important défaut* ».

Les participants ont remarqué « *que ce défaut du médecin était présent dans certains films qui montrent que si on donne un conseil au médecin concernant sa santé, le médecin refuse l'aide et n'accepte même pas de se soigner, de se poser* ». Un intervenant a donné un exemple pour illustrer cette notion. *Le Dr Quinn est une femme médecin qui s'implique en permanence dans son métier, qui va jusqu'au bout et qui effectivement ne peut pas s'arrêter parce qu'elle a peur de tomber malade elle-même* ». A travers cette illustration, les groupes ont tenté de trouver une explication à ce refus de soin des médecins. La plupart des participants ont considéré que « *les médecins avaient peut être peur de la médecine car ils*

la pratiquent eux-mêmes. Il sont donc soignants avec leurs patients mais pas soignants avec eux-mêmes ». De plus, certains sont allés plus loin en affirmant que « *les médecins avaient certainement peur de la médecine mais surtout peur de la mort parce qu'ils la connaissent bien* ».

3.3.6. La consultation : « un moment fort » !

Le thème de la consultation a été abordé dans tous les entretiens, désignant ainsi « *ce moment d'échange et de contact entre le praticien et le patient comme un moment privilégié* ».

3.3.6.1. Une « vraie enquête policière »...

Dès lors que le sujet de la consultation médicale a été abordé, de nombreux patients ont effectué une comparaison immédiate entre cette consultation et une enquête policière. Cette idée s'est révélée récurrente lors des différents groupes.

La plupart des personnes interrogées ont établi un « *parallèle entre Sherlock Holmes et Dr House* ». Certains ont même affirmé : « *quand je voit Sherlock Holmes , je calque tout de suite ça sur Dr House, ce docteur atypique dans son attitude et son comportement* ». Ce qui semble intéresser les spectateurs est « *l'aspect "résolution d'énigmes"* », « *la question du raisonnement, la véritable enquête policière en médecine* ». Ainsi, les médecins aux yeux des spectateurs « *gèrent leurs patients comme un inspecteur mène une enquête, ils cherchent jusqu'à ce qu'ils trouvent les symptômes, la maladie...* ». Ce « *long travail d'enquête, de recherches* » amène le spectateur à « *aller au bout pour voir ce qui se passe, voir comment l'aventure va se terminer* ».

Quelques participants ont reconnu une similitude importante entre la réalité et la fiction en ce qui concerne la consultation. En effet, elle devient alors aux yeux des patients un moment dédié à « *la recherche de la maladie par le biais de la lecture, l'interprétation des symptômes, etc..., ce qui est en fin de compte une vraie enquête policière* ». Certains considèrent que les fictions médicales « *sont réalistes parce qu'elles montrent ce raisonnement médical, elles expliquent le fonctionnement du diagnostic, ce que le médecin fait dans sa tête lors de la consultation en le filmant !* ».

L'écran de cinéma ou de télévision devient « *un miroir reflétant la démarche médicale et diagnostique effectuée en consultation* ».

3.3.6.2. La consultation à l'écran vs la consultation réelle

La plupart des participants ont établi un parallèle entre la consultation fictive et réelle. La première constatation est que « *toutes les étapes indispensables au bon déroulement de la consultation médicale semblent être retranscrites à l'écran ce qui contribue à apporter une touche de réalisme à la fiction* ».

L'interrogatoire médical n'échappe pas à la règle. Les patients retrouvent « *des similitudes entre leur médecin généraliste et les médecins de fiction* » notamment « *dans les intonations de voix que le médecin prenait ou cette façon qu'il avait de nous questionner* ».

La démarche diagnostique quant à elle est souvent disséquée dans les fictions médicales « *à la manière d'une pièce de Shakespeare : essaye, échoue, essaye, échoue mieux* ». Le diagnostic médical n'apparaît pas comme une évidence absolue puisque « *le diagnostic n'est pas toujours évident, rien n'est forcément résolu mais le médecin doit chercher* ». Quoiqu'il en soit « *le médecin ne va jamais lâcher l'affaire* ». Le médecin devient alors une personne faillible qui « *se trompe, cherche ...* ». Le septième art permet au public de « *suivre avec le médecin tout ce qu'il fait, tout ce qu'il cherche, tout ce qu'il découvre et donc de découvrir la vie des patients* ». La consultation devient « *un moment d'échange entre le patient et son médecin* » à travers l'établissement d'un diagnostic médical. Cette démarche diagnostique, omniprésente à l'écran, met en lumière « *le raisonnement effectué par les médecins en permanence lors de la consultation* ».

Quelques participants ont néanmoins émis une critique quant au réalisme de certaines fictions lors de la démarche médicale. « *Dans les films ou les séries, les épisodes sont caricaturaux, et grosso modo, on voit ce qui se passe, on analyse un truc, on essaye un premier truc, ça a l'air d'être ça mais en fait c'est pas ça, donc on réessaye au bout de 35 minutes d'épisode et à la fin ça marche !* ». Le groupe en a conclu que « *la consultation médicale ne donnait pas lieu à autant de rebondissements dans la réalité* ».

D'autre part, de nombreux participants ont souligné « *un manque d'examen* » lors de la consultation. Certains ont apporté une subtilité : « *ce n'est pas spécialement le manque d'examen qui est frappant au cinéma mais plus la façon de le faire. En effet, il y a pratiquer l'examen de façon mécanique même si c'est très bien fait comme dans les fictions et pratiquer l'examen de façon un peu humaine, en parlant avec le patient, essayer de nouer un lien superficiel avec le patient histoire de le mettre en confiance. Je pense que la différence entre la fiction et la réalité se joue là.* » Ainsi, les fictions semblent « *mettre en*

scène le diagnostic et les formes de raisonnement en médecine » plutôt que la médecine en elle-même.

Dans le cours normal de la consultation, *« une fois le diagnostic établi par le médecin, ce dernier se doit de l'annoncer à son patient »*. Cette annonce de diagnostic semble attirer l'attention des patients. Cette notion a provoqué quelques désaccords lors des différents entretiens. En effet, certains reconnaissent l'attitude bienveillante de leur médecin dans ce moment difficile et retrouvent une ressemblance avec les médecins de fictions notamment *« lorsqu'ils nous font part de leur diagnostic »*. Cependant, l'annonce du diagnostic est une étape difficile pour le médecin. La communication avec le patient devient alors abstraite, le médecin *« répond souvent par des choses prodigieusement compliquées qui consistent juste à sortir un peu de grec, un peu de latin, à faire un peu de cuisine en mélangeant les deux et nous faire comprendre qu'on a pas fait dix ans d'études nécessaires pour comprendre »*.

Le dernier point mis en évidence lors des entretiens est la notion du temps lors de la consultation. Une des personnes présentes nous a livré son point de vue : *« J'ai en tête un médecin généraliste qui est considéré comme une pompe à fric, quand je devais aller le voir en consultation, j'avais Money des Pink Floyd dans la tête avec le bruit du tiroir caisse, 10 minutes la consultation, la salle d'attente pleine, tout le monde vient à la même heure, une heure de retard mais par contre tout le monde passe avec une journée de 8h à 22h en continu »*. Ce constat a ouvert la discussion concernant le manque de temps, *« ce manque de temps conduisant le médecin à écourter la consultation »*. Le manque de disponibilité et la difficulté à obtenir des rendez-vous de consultation ont été abordés... Les patients ont alors discuté de leurs expériences personnelles et ont cherché à faire une comparaison avec les fictions médicales. Contrairement aux autres thèmes de la consultation abordés, la notion de manque de temps n'a pas fait consensus au sein des groupes. Certains le ressentent dans les fictions, *« dans Urgences, déjà la série porte bien son nom, on sent un manque de temps à consacrer au patient, parfois les supérieurs vont demander aux médecins d'aller plus vite parce qu'il y a trop de monde et qu'il n'est pas possible de consacrer plus de temps à certains patients »*. Dans la même idée, certains illustrent leur propos par des scénari caricaturaux tels que *« le médecin par manque de temps, il arrive, il pique, il part ... »*. Néanmoins, la plupart des personnes interrogées considèrent que ce manque de temps est inexistant dans les fictions médicales cinématographiques et télévisuelles. *« Donc ce manque de temps présent dans la réalité n'est absolument pas présent dans les fictions. C'est magique, les médecins ont le temps de voir tous les patients... »*. De plus, *« on ne met pas en scène l'attente des patients par exemple »*. En effet, *« les scénarios se focalisent sur*

la rencontre entre le médecin et le patient en occultant tous les obstacles que ces derniers ont dû franchir ». Ainsi « il existe de nombreux filtres au cinéma qui font qu'à la fin on se retrouve devant le médecin. En fait, ce qui est mis en scène c'est la rencontre avec le médecin mais il y a des milliers de choses qui ne sont pas décrites dans les fictions : l'attente, l'administration, les documents à remplir .. avant de permettre au malade d'être en face du professionnel de la maladie et tout ça ce n'est pas montré à l'écran ». De plus, certains considèrent que mettre en lumière cette notion de manque de temps irait à l'encontre de l'image idéalisée du médecin de fiction. « Dans les fictions, évidemment il faut être performant et efficace en très peu de temps donc le manque de temps ne peut pas être abordé puisque cela représenterait un défaut et ces médecins n'ont pas de défauts ».

3.3.6.3. La distance sociale

Au cours des différents entretiens, les participants ont spontanément abordé la notion de distance sociale. Ce qui ressort principalement des discussions est « l'importance de cette distance sociale entre le médecin et son patient ». Tous les participants semblent d'accord pour admettre cette importance. Ils sont admiratifs devant « la maîtrise du médecin et le fait qu'il sache gérer, cloisonner, mettre de la distance mais tout en étant proche, ce qui est très fort ! ». Cependant, la définition et les répercussions de cette distance sociale ont fait polémique au sein des différents groupes.

Quelques patients ont exprimé le contact particulier qu'ils entretiennent avec leur médecin. « J'ai été souvent malade étant enfant mais j'ai un très bon souvenir des médecins jusqu'à l'âge de 15-20 ans parce que c'étaient des médecins qui étaient associés à ma famille depuis deux générations. Mon premier médecin était un ami de mon grand-père puis son fils est devenu médecin et c'était un ami de ma mère. Donc le rapport était différent et il n'y avait pas cette distance gênante entre nous puisque le médecin était proche de nous ». Cet avis n'a pas fait l'unanimité lors des échanges. En effet, la plupart des patients ont revendiqué la nécessité d'un certain fossé entre le médecin et son patient. « Après il ne faut pas que le médecin soit trop présent, il faut qu'il garde une certaine distance par rapport à son patient, il ne faut pas qu'il devienne trop envahissant ». Ainsi, les groupes ont échangé autour de la place du médecin et sur sa conduite à tenir lors de la consultation. Il en ressort que certains n'aimeraient pas que « le médecin pose trop de questions sur leur vie privée » car « ils se sentiraient gênés et ne voudraient pas tout raconter au médecin ».

Les participants ont ensuite rebondi sur la notion d'implication du médecin. « Parfois, lors de la consultation, on sent bien que c'est la consultation, enfin une consultation, mais il

ne s'implique pas, il va poser des questions sur nous mais il ne va pas s'impliquer plus que ça. On sent bien qu'il y aura un autre patient après, ce sera la même chose et qu'au final il fait juste son travail ». Ce manque d'implication est considéré comme « *une qualité parce que le médecin ne peut pas s'impliquer avec tous ses patients, il doit faire preuve de neutralité* ».

Les groupes ont tous été unanimes, cependant, pour dire que cette notion de distance sociale n'est « *pas représentée explicitement à l'écran alors qu'elle est bien présente dans la réalité* ».

3.3.6.4. Le médecin en représentation

Lors des *focus group*, une question a été soulevée « *le médecin peut-il être considéré comme un acteur devant ses patients ?* ». Cette question a suscité le débat. Les participants considèrent qu'il s'agit d' « *une sorte de représentation quand il est derrière son bureau, déjà il y a le statut du praticien qu'il pose d'emblée, après c'est certain qu'il est en représentation* ». Le médecin est alors vu comme étant « *en représentation dans son bureau et devant son patient comme un acteur qui récite un rôle* ».

Cette idée est renforcée par les propos de certains participants qui pensent que « *le médecin joue un rôle et c'est pour ça que quelque part il peut être double ; il peut être calme et très doux dans un cabinet médical et à l'extérieur être quelqu'un d'autre* ». Enfin, pour certains, la consultation est un moment privilégié pour « *voir comment le médecin va être, comment il va se comporter, quelles questions il va poser, quelle attitude il va avoir et quel rôle il va jouer...* ».

3.3.7. Zoom sur la profession

Derrière l'intrigue médicale se dessine en filigrane la profession médicale en elle-même et l'écran cinématographique et télévisuel nous offre « *une image plus ou moins caricaturale du métier* ».

3.3.7.1. Un métier à part

3.3.7.1.1. Un métier sous haute pression

Dès lors que la profession médicale est abordée, la plupart des participants ont reconnu le caractère difficile du métier de médecin. En effet, « *dans la majorité des cas, lorsqu'on est en face du médecin, on oublie tout le contexte, toutes les difficultés, les tonnes*

de contraintes dans son travail et donc on occulte le fait qu'il s'agit d'un métier difficile avec des contraintes, de la pression... ». « Être médecin » devient alors « un métier très difficile et fatigant ». La fiction met en lumière cet aspect précis et la plupart des participants ont évoqué le récent film, « Hippocrate » comme étant « le porte flambeau de la profession » puisque « quand on sort de ce film-là, on est ému, on est touché et on se dit oulala si c'est vraiment ça ce que les médecins vivent c'est vraiment très dur, c'est difficile parce que c'est un métier difficile, fatigant et très éprouvant ». De plus, à travers les fictions les patients comprennent le rythme de vie des médecins . « Si on est pas du milieu, on le sait pas forcément, mais on voit que les médecins font des gardes, passent des heures sans dormir et donc on comprend mieux comment ils réagissent car ils sont épuisés et tellement fatigués ».

Les participants ont souligné la pression constante qui émane de la profession et « il semble logique que les médecins soient soumis en permanence à cette pression ». Cette pression est décrite comme « une épée de Damoclès sans cesse au-dessus de la tête des médecins ». Cependant, cet aspect semble être « le point négatif de ce métier à double tranchant, avec des forces qui s'opposent » et certains se sont interrogés sur « l'influence directe de cette pression constante du milieu médical et du milieu socio-professionnel dans lequel les médecins évoluent sur la relation entretenue avec le patient ».

Tous les intervenants ont été d'accord pour convenir que la profession médicale était une « profession très envahissante ». Ainsi, les participants considèrent comme « un défaut le fait que le médecin soit toujours centré sur la même chose, ressassant toujours les mêmes idées ». « La médecine enferme le médecin dans une bulle dont il ne peut sortir. Les médecins voient le monde avec leurs yeux de médecins, ne voyant qu'une partie de la société et malheureusement des gens malades ce qui altère leur vision de la réalité ». Le métier devient « une obsession responsable d'une véritable désociabilisation du médecin ».

Les fictions médicales se délectent en montrant les aspects négatifs de la profession, « en représentant à l'écran, les défauts, les comportements, les attitudes, les réactions des médecins et en donnant donc une caractérisation le plus souvent péjorative du métier ».

3.3.7.1.2. Un métier spécifique

La première spécificité de la profession citée par les participants a été sans aucune hésitation « le jargon médical inhérent aux médecins ». Certains intervenants voient ce langage comme « un obstacle à la bonne communication » puisque « les médecins sont la

plupart du temps amenés à répondre par des choses prodigieusement compliquées qui consistent juste à sortir un peu de grec, un peu de latin et à faire un peu de cuisine en mélangeant tout ça ». D'autres considèrent que ce jargon est utilisé quasiment involontairement par les praticiens. « Les médecins, ils ont un jargon qui, quand on n'est pas du métier, est difficile à comprendre, ils emploient sans le vouloir des termes que nous, pauvres patients, nous ne sommes pas toujours en mesure de comprendre et donc c'est vrai qu'il y a des médecins qui acceptent d'expliquer et d'autres qui restent dans leur nébuleuse argotique médicale et donc on ne sait pas forcément ce qu'ils disent. Ainsi, le jargon médical incite les médecins à ne pas être toujours très clairs ». Cependant, tous les participants ont déclaré unanimement que « ce jargon qui définit la médecine est très difficile voire impossible à comprendre et c'est ce qui est très addictif ! Et c'est d'ailleurs ce qui fait le succès des films médicaux. En effet, on retrouve ce vocabulaire bien spécifique ... ».

Une autre caractéristique de la profession est le « nomadisme médical », de nombreux participants nous ont donné des exemples personnels de changement de médecin suite à une situation bien précise : « j'ai beaucoup changé de praticiens durant ma vie », « suite à un désaccord avec mon médecin lorsque j'étais sur Paris, j'ai changé de médecin traitant », « j'ai changé de médecin car je n'étais pas d'accord avec son diagnostic, je suis donc allé en consulter un autre pour avoir plusieurs avis ». Ce nomadisme, ancré dans la réalité, « n'est pas décrit au cinéma ou à la télévision » au grand dam des patients-spectateurs.

Aux yeux des patients-spectateurs, le métier de médecin est indissociable du lieu de l'exercice médical. Ce lieu n'est autre que l'hôpital, « lieu bien évidemment très design et le plus high-tech possible ». Ce lieu est « omniprésent dans les fictions médicales », en effet, « l'hôpital est même une référence, dans les fictions, on ne sort jamais du cadre des urgences, c'est donc un endroit clos », « les médecins vivent à l'hôpital ». La plupart des participants ont conclu que « dans les fictions médicales, tout était condensé dans un petit lieu, dans un univers médical, dans un hôpital ». Les fictions véhiculent donc la notion que « les médecins deviennent prisonniers de leur lieu de travail, ils sont présents quasiment jour et nuit et tout est basé sur ça. Et il paraît logique que ce soit similaire dans la réalité ». Certains participants sont même allés jusqu'à considérer que les médecins, notamment les « médecins de séries vivaient toujours ensemble au sein même de l'hôpital ». « Par exemple, dans « Grey's Anatomy », ils vivent en petite communauté au sein de l'hôpital, ils vivent entre eux et du coup ils ne voient pas le monde tel qu'il est, ils sont toujours entre eux, en groupe, en collocation, du coup ils tournent toujours autour de l'hôpital et donc de leurs problèmes ».

3.3.7.1.3. Un métier de relations

Les patients-spectateurs ont constaté que « *les relations ne sont pas toujours simples et notamment les relations entre professionnels de santé* ». Les participants ont alors montré du doigt certaines difficultés relationnelles.

Selon les intervenants, les fictions médicales ont permis de mettre en lumière « *la relation parfois difficile voire conflictuelle entre les professionnels de santé* ». En effet, « *les séries ou fictions étudient les rapports entre chefs de cliniques, internes, infirmières ... et c'est ce qui est intéressant* ». Certains considèrent que les médecins « *ne prennent pas en considération les équipes soignantes, ils font leur travail et ensuite débrouillez-vous* », « *ils ne regardent pas toujours autour d'eux, ils ne communiquent pas avec les différents corps médicaux et donc du coup ils paraissent un peu moins accessibles. Ils sont vus un peu comme des chefs inaccessibles, inabordables, à qui on ne peut pas poser de questions* ». Ainsi, plusieurs participants ont souligné « *une réelle difficulté de communication entre professionnels tant dans les fictions que dans la réalité* ». Les échanges paraissent difficiles notamment entre les internes et les infirmières, « *dans « Hippocrate », un interne qui donne un ordre par rapport à un médecin senior qui, lui, est reconnu sera sans cesse remis en question ; l'équipe médicale ne va pas forcément suivre l'interne et exécuter ses décisions* ». Un autre participant a alors conclu que « *la communication entre soignants était difficile et qu'il y avait en permanence une importante rivalité dans la hiérarchie* ».

Cette rivalité entre médecins a été soulignée par certains participants qui ont affirmé qu' « *il y a une énorme compétition qui se détache entre les internes, entre les médecins et c'est typique aux médecins et au milieu médical* ». « *A travers les fictions, ce qui est fascinant et addictif, c'est de voir la compétition qui peut s'installer entre les médecins* », ainsi toute « *cette émulation responsable de jalousie et de compétition est très intéressante pour le spectateur qui ne peut s'empêcher de confondre réalité et fiction* ». Cette compétition peut aller pour certains jusqu'à « *la suprématie de certains médecins sur leurs collègues ou personnel de santé* » avec « *parfois recours au statut de titulaire pour avoir les faveurs sexuelles d'un étudiant, leur faire faire des tâches qu'ils n'ont pas à faire, rejeter la faute sur autrui ...* » Lors d'un groupe d'échange, il a été question de l'importance du poids de la hiérarchie socio-professionnelle, l'objectif final étant de « *rester au top de la hiérarchie sociale* ». Des exemples ont illustré cette notion : « *dans « Sept morts sur ordonnance », il s'agit d'un médecin qui va, enfin que ses pairs vont finalement pousser au suicide. Et cette situation n'est pas que de la fiction, c'est vrai que dans certaines équipes médicales, il peut y*

avoir une rivalité, une compétition, la rivalité d'être le meilleur ou de se comparer. Cela est sans aucun doute un défaut conséquent qui peut aboutir à des choses dramatiques. Donc la comparaison, le fait de vouloir exercer son art de façon brillante et donc d'écraser un peu les autres autour sans scrupule peut devenir une caractéristique propre des médecins et donc de la profession ».

Une dernière notion soulignée par les intervenants a été « *la rivalité inhérente à la profession entre le public et le privé* ». « *L'aspect financier rentre en ligne de compte et du coup, les fictions nous montrent ceux qui essaient à tout prix de récupérer le médecin du public pour absolument faire de l'argent dans leur clinique privée* ». Le médecin devient « *le professionnel par excellence à recruter par une clinique privée à visée financière et prolifique* ».

A côté de cette compétition entre professionnels de santé, quelques participants ont néanmoins souligné « *la possibilité de relations amicales entre médecins même si cela ne semble pas une évidence* ». Ainsi « *dans « Hippocrate », alors que l'interne a des difficultés avec sa hiérarchie et qu'il va être pratiquement mis à la porte, il va trouver du soutien auprès de son ami médecin qui va essayer de le retenir* ». « *L'amitié entre médecin apparaît comme une exception et presque inenvisageable puisque la compétition est omniprésente dans la vie des médecins* ».

3.3.7.2. Un métier aux multiples facettes

3.3.7.2.1. Un panel de spécialités

Certains patients-spectateurs ont convenu que « *l'attitude des médecins différait selon la spécialité médicale exercée* ». Tous ont reconnu que « *certaines spécialités étaient plus représentées à l'écran que d'autres, ce qui pouvait être assimilé à une importance capitale de telle ou telle spécialité par rapport à une autre* ». Nous développerons les points de vue des patients-spectateurs sur la spécialité de médecin généraliste dans un chapitre dédié.

« *La première image qui me vient en tête lorsque je pense aux médecins est l'image du médecin urgentiste, ça a été le premier avec « Urgences » et ça restera gravé dans ma mémoire à jamais* ».

La spécialité citée unanimement par tous les participants a été sans hésitation la chirurgie, « *cette spécialité qui valorise le médecin avec ses grandes opérations. De plus, les*

chirurgiens sont les seuls médecins qui peuvent toucher au corps humain, qui peuvent sauver des vies. Et ce côté valorisant est bien visible dans « Grey's Anatomy » par exemple ». Ainsi, certains considèrent que « dans les fictions, tout est basé sur les opérations d'où la fascination du public pour les chirurgiens » et « que les médecins, enfin les chirurgiens hospitaliers étaient bien plus représentés que les autres spécialités ». De nombreux exemples de chirurgiens de fiction ont été donnés par les participants, allant de « la neuro-chirurgienne reconvertie en médecin légiste dans « Body of Proof » en passant par « les deux frères jumeaux faisant de la chirurgie esthétique dans « Faux Semblants » ou encore « le chirurgien plastique ayant le rôle du méchant dans « Hollywood Girls ».

Une autre spécialité a attiré l'attention des patients-spectateurs, la médecine légale, « à travers toutes les séries américaines d'enquêtes policières telles que « Bones », « Anthropologues », « Esprits Criminels », où il y a évidemment beaucoup de médecins légistes et notamment en second rôle ». Cette notion a entretenu le débat lors d'un focus group puisque certains participants ont affirmé « que le médecin légiste ne faisait pas que regarder les morts, il va faire des consultations avec des femmes battues... Et tout ça, ce n'est pas montré à l'écran, il y a donc toute une face cachée donc on se fait des idées erronées de la profession et au final il n'y a pas que ce que l'on voit à la télé qui caractérise les médecins ».

La psychiatrie a été citée comme une « spécialité très représentée à l'écran, il y a beaucoup de films avec des médecins psychiatres » et « notamment dans les films de Woody Allen, le protagoniste va toujours chez le psy ». Un intervenant a même conclu que « dans toutes les séries, il y a toujours un psychiatre représenté, du moins une scène avec le fameux divan ! ».

La gynécologie et la pédiatrie ont été citées par un intervenant, à travers « une série française récemment diffusée qui met en scène un gynécologue-obstétricien et pédiatre à ses heures perdues, c'est « Interventions » (Jean-Yves Pitoun, 2015).

Ces échanges ont nourri le débat concernant l'existence ou non de spécialités plus spécifiques d'un sexe. Certains intervenants ont avoué que « les femmes sont de plus en plus présentes dans le domaine réel de la santé mais aussi dans la fiction, cependant elles sont plus présentes en pédiatrie, tout ce qui a trait de près ou de loin à la femme et à l'enfant..., on verra plus un chirurgien homme encore, qu'une femme ». Une autre personne considère « qu'il y a des spécialités dans la médecine qui sont réservées aux femmes, qui font plus femme qu'homme et on voit plus de femmes dans ces spécialités-là dans la réalité

ou dans les séries ». Des exemples ont été donnés pour illustrer ces propos, « dans « Grey's Anatomy », par exemple, il y a un interne qui va en pédiatre et il est bien le seul. D'ailleurs au début, c'est dur pour lui parce que tout le monde se dit : "oulala, il va en pédiatrie c'est bizarre, enfin normalement c'est pour les femmes"... ». Ainsi, certains participants ont conclu qu'« il existait encore une barrière et un cloisonnement des spécialités et que les mentalités n'étaient pas prêtes de changer ».

3.3.7.2.2. Un métier d'homme ... et de femme

« Il y a très longtemps, au siècle dernier, le médecin était sans hésitation aucune un homme, une femme médecin était tout à fait inenvisageable et inconcevable. Les premières femmes médecins ont dû prouver qu'elles étaient des personnes brillantes, elles ont dû s'imposer, cela n'a pas dû être évident de s'imposer en tant que femmes parmi toute une élite de médecins hommes, pour la plupart misogynes et machos ». Cette affirmation a permis d'ouvrir le débat concernant la féminisation de la profession médicale et notamment « la présence incontournable des femmes médecins à l'heure actuelle ». Certains participants apprécient qu'« il y ait des femmes médecins dans les fictions, c'est représentatif de la société actuelle et donc il s'agit d'un élément réaliste des fictions médicales ». De plus, certains pensent que « le cinéma nous a permis de suivre l'évolution du statut de la femme médecin au cours des générations. Dans certains films du début du siècle, la femme médecin était une exception et elle était juste tolérée alors que maintenant il n'y a pas une fiction médicale sans femme médecin ». Une illustration de l'importance de la féminisation de la profession a été donnée par un patient-spectateur. « Dans « Sherlock Holmes », l'auteur a créé le Dr Watson qui était un homme et donc pendant des années, dans les films et séries, le médecin était un homme. Or dans la dernière adaptation américaine, dans la série « Elementary », Watson devient une femme. C'est extraordinaire parce que les scénaristes s'attaquent à un monument et transforment Watson en une femme aussi intelligente qu'Holmes, qui le seconde.. Il y a donc une belle progression des idées reçues et donc de la profession qu'on ne peut pas négliger ». Cependant, une patiente a précisé « qu'il persistait une différence entre un médecin homme et un médecin femme puisque lorsqu'il s'agit d'une femme médecin la plupart du temps les patients le précisent alors que ce n'est pas le cas lorsque le médecin est un homme. Donc une femme médecin surprend encore l'opinion publique ».

De plus, « certains n'aiment pas du tout être soignés par une femme, notamment en matière de gynécologie. Il y a des femmes qui n'aiment pas être soignées par une femme parce qu'elles ont la réputation d'être plus dures, moins conciliantes, moins attentives, parce

qu'elles connaissent la situation ». A l'opposé, un intervenant considère « *que les femmes dans les fictions ne paraissent pas plus douces et plus gentilles que les femmes médecins dans la réalité, bien au contraire d'ailleurs. En effet, pour s'imposer, elles vont tout faire pour se montrer plus fortes que les hommes dans les fictions alors que dans la réalité on peut les imaginer plus douces, plus attentionnées et plus à l'écoute que les hommes médecins* ».

3.3.7.3. Le médecin généraliste

3.3.7.3.1. Une spécialité agréable

Alors que la plupart des intervenants caractérisent le métier de médecin comme « *envahissant et exténuant* », quelques participants, en évoquant le film « *La Maladie de Sachs* » sur l'exercice en médecine générale, ont affirmé que « *le médecin généraliste est une exception à la règle, il évolue dans une atmosphère agréable pour travailler. De plus, il s'agit d'un métier qui fait rêver* ». Ainsi, la médecine générale à travers ce film semble « *tirer son épingle du jeu et se dessine comme étant une profession agréable* ».

3.3.7.3.2. Une spécialité à part

Certains participants considèrent qu' « *il faut faire une grande différence entre les médecins spécialistes hospitaliers et les médecins généralistes libéraux* ». En effet, « *notamment dans les séries, les médecins hospitaliers peuvent déplaire aux téléspectateurs car ils se la jouent trop par rapport au médecin de famille qui lui n'a pas réellement de défaut* ». De plus, « *le suivi n'a rien à voir entre les médecins hospitaliers et les médecins généralistes. Dans les hôpitaux, les gens passent, partent et les spécialistes ont tendance à noyer le poisson alors qu'en libéral, le médecin connaît son patient, sa vie ... et il a beaucoup de mérite pour ça* ».

Dès que les différents groupes ont abordé le sujet du médecin généraliste, la notion de « *médecin de famille* » a été débattue. Les participants sont tous convaincus que « *le médecin de famille avait une place privilégiée* », « *qu'il s'agissait d'un médecin sans défaut* ». Le médecin de famille « *crée une relation de confiance particulière avec son patient* », « *suit toute la famille sur plusieurs générations* » et devient donc « *très proche de la famille* » car « *il se lie des liens forts tout au long de la vie des patients et du médecin* ».

De nombreux intervenants ont souligné « *la distinction entre les médecins généralistes urbains et ruraux* ». « *En campagne, ce sont des familles qui sont suivies sur des générations alors qu'en ville souvent ce sont des gens de passage qui arrivent et qui*

repartent, bien sûr il y a des gens installés mais il y a plus de mouvement dans la patientèle en ville qu'à la campagne. La relation médecin-patient est donc différente ». L'attitude du médecin change qu'il exerce en rural ou en urbain, « *le médecin de campagne ne consulte pas sur rendez-vous, il y a des créneaux de consultations et les gens viennent quand ils veulent et ils attendent* ». « *L'exercice en milieu campagnard n'est donc absolument pas pareil qu'en ville* ». La plupart des patients-spectateurs accordent une grande importance au « *rôle du médecin de campagne* » ou « *le médecin de village qui fait des visites, il peut venir tard si le patient a besoin, il va venir soigner le grand-père qui est malade...* ». « *Le médecin de campagne, véritable référent du village, devient la seule personne que certaines personnes rencontrent parce qu'ils sont isolés tout simplement, parce qu'ils sont seuls. Tous ces petits détails ne sont pas exposés dans les fictions, malheureusement* ». De plus, les intervenants ont affirmé « *qu'à l'exception du Dr Sachs et du Dr Sylvestre, on ne voit pas beaucoup de médecins de campagne dans les films, ce sont des médecins qui travaillent en milieu urbain* ».

De la même manière qu'il existe selon les patients une différence entre les médecins généralistes urbains et ruraux, « *les patients sont aussi différents en campagne et en ville ; certains patients veulent absolument tel médicament ou telle chose en rural, les patients paraissent plus pénibles alors qu'en ville, les patients sont peut être un peu plus disciplinés* ».

Les participants ont établi une comparaison entre « *les jeunes médecins et les médecins expérimentés* ». Un patient nous a livré son expérience concernant sa relation avec son « *médecin généraliste âgé de 58 ans, travaillant avec les défauts de sa génération, c'est à dire tendance à vouloir toujours avoir raison, ne jamais vouloir vraiment expliquer les démarches... Tout est donc une question de traits de génération et il est certain que les jeunes médecins ont gardé ce principe de fonctionnement* ». Ainsi, selon les participants, « *les patients ont tendance à rechercher des médecins jeunes* ». En effet, « *les médecins d'un certain âge donc normalement plus expérimentés peuvent être très maladroits et trop directs* » alors « *qu'un médecin relativement jeune semble très humain tout simplement, il va être plus à l'écoute...* ». Ainsi, « *le médecin jeune et débutant est plus facilement en phase avec le patient, le comprend mieux* ». Les participants aux groupes ont remarqué qu'il existait certains films « *comme « Carnets de voyage » d'Ernesto Guevara qui relate la jeunesse du Che quand il était jeune médecin généraliste* » ou encore « *le dernier film de Lilti qui relate la vie des jeunes médecins et qui retrace à merveille l'implication de ces jeunes médecins pour leurs patients* ». Ainsi, « *de nombreux films insistent sur l'importance de ces jeunes médecins* ».

Enfin, certains patients ont distingué « *les médecins généralistes installés des médecins généralistes remplaçants* » et ont précisé que « *les médecins remplaçants étaient des jeunes généralistes un peu dans la galère, sillonnant les routes de France et croulant sous les charges* ». De plus, certains considèrent que « *ce côté-là n'est pas abordé dans les fictions, à l'exception du « Dr Sylvestre » qui relate l'histoire d'un médecin remplaçant allant de village en village* ».

3.3.7.3.3. « Une spécialité sous-représentée à l'écran »

Le thème de la médecine générale n'est pas « *réellement représenté à l'écran, on peut citer néanmoins « La Maladie de Sachs » sur un médecin généraliste avec Dupontel, un film français* » ou « *certaines séries comme « Dr Sylvestre* ».

Certains intervenants ont avoué qu'« *il y a très peu de films ou séries qui traitent de la médecine libérale, ce sont toujours des spécialistes, des chefs de service...* ». « *Les médecins que l'on voit dans les fictions, sont des médecins spécialistes, légistes... Il y a très peu de médecins que l'on côtoie dans la vie de tous les jours, il y a très peu de médecins généralistes dans les fictions* », « *il n'y a pas beaucoup d'ambulatoire* » et donc « *on voit très peu de médecins généralistes à l'écran ce qui n'est pas évident pour faire des similitudes entre réalité et fiction* ».

De plus, certains patients-spectateurs ont affirmé que « *même si les médecins généralistes sont représentés à l'écran, ils passent inaperçus parce qu'ils ne font pas rêver et qu'il ne s'agit en aucun cas du sujet du film. Le médecin généraliste apparaît donc mais n'attire pas l'attention comme un chirurgien par exemple* ».

3.3.7.3.4. Une image précise du médecin généraliste

Les patients-spectateurs ont tenté de peindre un portrait précis du médecin généraliste tel qu'il est décrit dans les fictions médicales. Ainsi, « *dès lors que l'on a affaire à un médecin généraliste, il s'agit d'un personnage petit et sombre, à la manière des médecins chez Chabrol* », « *pas très grand et pas vraiment beau* ». L'attitude du médecin généraliste a aussi été décrite, en effet, « *le médecin arrive à domicile, il pose sa petite sacoche, hop, il fait sa petite "consult", il ausculte voilà, il donne ses conseils et il s'en va en donnant comme consigne de le rappeler si besoin et il passe à quelqu'un d'autre*». « *Et c'est vrai que cette image colle parfaitement bien avec l'image du pur petit médecin de campagne et on connaît tous un médecin qui ressemble à cette description*».

Certains participants ont conclu que « *l'image du petit médecin généraliste, de campagne de surcroît n'a rien de super attractif et qu'il est logique que les médecins généralistes soient peu représentés à l'écran vu l'image véhiculée* ». Un autre intervenant a apporté un complément d'information en précisant que « *les scénaristes n'allaient certainement pas mettre en avant les médecins généralistes car on ne sortirait jamais d'une projection de film en disant "Ah, médecin, je veux faire médecin généraliste, il a l'air pas mal avec sa petite sacoche, son petit stéthoscope et son petit costume" alors que quand on voit une super opération, on se dit "Ah moi aussi je veux faire médecine, je veux toucher le cœur, je veux être médecin !"* ».

Quelques participants ont nuancé les propos en affirmant que « *les médecins généralistes étaient plus présents dans les films de cinéma que dans les séries télévisuelles et que la plupart du temps, le film était centré sur le médecin qui était dans la majorité des cas le protagoniste de l'intrigue* ».

De plus, certains patients ont évoqué de nouveau « *La Maladie de Sachs* » car « *ce film donne un vrai portrait authentique du médecin généraliste* », « *il s'agit d'un vrai toubib, ancré dans la réalité* ». Ainsi, « *dès lors que le médecin généraliste apparaît à l'écran, l'image du médecin est quand même bien fidèle à la réalité même si on considère que le médecin libéral ne fait pas rêver* ». Une patiente a affirmé que « *la ressemblance physique, comportementale ou gestuelle avait été frappante entre son médecin généraliste et le médecin de « In Treatment »* ». *Tout était similaire, le physique, la physionomie du visage, la coiffure, l'âge, le façon de faire, la façon d'examiner... Et c'était vraiment très déstabilisant de voir comment la fiction pouvait se mêler à la réalité* ».

Un intervenant a donc résumé les propos des participants : « *donc si on résume, les médecins qui travaillent en ambulatoire sont peu représentés dans les fictions mais on retrouve pas mal de traits de personnalité dans la réalité alors que les professionnels hospitaliers sont plutôt plus romancés que dans la réalité* ».

3.3.8. Le médecin compétent

La plupart des participants ont été d'accord pour admettre que « *les médecins sont a priori de bons médecins parce qu'ils soignent leurs patients* », « *ce sont donc des médecins compétents* ». Le médecin est alors aux yeux des patients « *la personne la plus compétente pour soigner le moral et le physique* ». Ainsi, « *le médecin incarne un homme compétent, compétent dans ce qu'il fait, il sait ce qu'il fait et comment il le fait et il s'applique à le faire avec sérieux* ». « *Le médecin fictif ou réel aura beaucoup de succès et très peu*

d'échecs à la manière de Dr Quinn ». Ainsi la survie des patients devient « le symbole de la compétence du médecin ».

Cependant, certains intervenants considèrent que « le médecin peut être compétent dans plusieurs champs d'action ».

3.3.8.1. Les multiples facettes de la compétence

La première qualité du médecin compétent retenue lors des différents échanges a été le côté « *clinicien* » du médecin. En effet, les patients « *apprécient lorsque le médecin cherche, creuse quand ça ne va pas et ne se contente pas comme certains médecins de donner un traitement en disant que si cela n'est pas efficace c'est que le patient est trop stressé* ». L'examen médical prend alors tout son sens car « *le fait d'être bien examiné par un médecin, cela signifie que le médecin s'intéresse au patient* », « *qu'il essaye de nouer un lien avec son patient à travers l'examen, histoire de mettre le patient à l'aise* » et « *donc cela fait beaucoup plus sérieux* ». Cependant, le médecin ne doit pas « *être qu'un clinicien effectuant son examen de façon mécanique* ». « *En même temps, il doit faire preuve d'une certaine philosophie, il doit être psychologue car il ne s'occupe pas seulement de la maladie, c'est un tout et son champs d'action est bien plus profond que la simple maladie* ». Ainsi, « *le médecin est celui qui soigne les plaies du corps mais aussi les plaies du cœur et puis ... les plaies de l'âme donc de l'esprit et il est le plus compétent dans ce domaine* ».

Enfin, « *le médecin doit être performant* » et « *efficace en très peu de temps* ». Il doit « *faire preuve de détermination afin de trouver la maladie à chaque fois pour sauver le patient* ». Ainsi, certains participants ont souligné que « *les deux choses les plus importantes en terme de compétence est la performance médicale dont les médecins font preuve et leur ténacité tant pour arriver à soigner un patient que pour atteindre le but qu'ils se sont fixés* ».

La plupart du temps, ce que retiennent les patients est « *avant tout la disponibilité du médecin* », « *la proximité avec lui, la possibilité d'avoir un échange, une discussion* ». « *Malgré la difficulté d'obtenir un rendez-vous dans la journée, le médecin reste disponible pour écouter le patient* », « *pour prendre le temps d'écouter ce que l'on a dire même si ce n'est pas spécifiquement purement médical* ». Ainsi, le médecin n'hésite pas « *à se consacrer entièrement à son patient, quand il y a un problème, il est capable de garder le patient ¾ heures dans le cabinet, le patient n'a pas le sentiment d'être rejeté et il ne reste pas que 5 ou 10 minutes comme on pourrait le croire* ». Les participants considèrent que « *les médecins généralistes, à la différence des spécialistes, prennent toujours le temps d'écouter, n'ont jamais abrégé mais il est vrai que ce n'est pas facile d'avoir un rendez-vous* ».

Cependant, une fois le rendez-vous obtenu, le médecin est totalement centré sur le patient et cela représente la plus importante des compétences pour un médecin ». Ainsi, « la disponibilité du médecin et son attitude attentive paraissent indispensables à l'exercice médical », « l'écoute devient une qualité fondamentale » et la plupart des intervenants sont convenus que « la reconnaissance de l'autre, l'écoute sans a priori, le fait de soutenir, ne serait-ce que par un petit mot gentil ou une petite attention étaient autant de preuves du comportement altruiste et humain des médecins ».

La communication a été un sujet de débat dans la plupart des focus group et la majorité des participants ont reconnu « l'importance capitale de la communication dans la profession médicale ». Afin d'illustrer ce concept « de médecin communicant et de médecin non communicant », un patient nous a livré son expérience personnelle : « j'ai été amené à côtoyer deux médecins dans une circonstance très grave et j'ai eu à faire à deux façons de faire diamétralement opposées. Premièrement, j'ai rencontré un médecin relativement jeune très humain, très communicant et très disponible d'autant plus qu'il avait vécu une situation similaire, j'ai donc vu un être très à l'écoute, très humain justement pour annoncer la mauvaise nouvelle. Et j'ai eu le cas complètement à part et complètement opposé, j'ai eu à faire à un médecin d'un certain âge donc normalement avec plus d'expérience qui a été très maladroit et dont je garde un souvenir vraiment déplorable. Donc malheureusement, j'ai été en contact avec les deux extrêmes dans une circonstance très grave et le médecin communicant m'a tout de suite apparu plus compétent que le non communicant ».

Cet exemple a permis à un intervenant de détailler une autre compétence nécessaire au médecin, « la compréhension ou du moins la tentative du médecin de chercher à comprendre les raisons d'un mal être, les symptômes d'une pathologie... ». « Le médecin doit donc être un être compréhensif par essence ». De plus, la plupart des patients interrogés ont déclaré « que ce qui fait qu'on accroche avec un médecin tout de suite c'est l'empathie qu'ils ont pour leurs patients », « ils font preuve d'énormément d'empathie ». Selon les intervenants, « ce trait de personnalité spécifique, cette empathie hors norme qui caractérise les médecins réels, est très bien retranscrite dans les fictions, ce qui permet aux patients-spectateurs d'être sûrs de la sincérité de leur médecin ».

Quelques patients ont évoqué « l'importance du professionnalisme médical », le « médecin doit être sérieux dans le travail qu'il fait et faire donc preuve d'une conscience professionnelle exacerbée ». Certaines séries semblent illustrer ce professionnalisme selon les patients-spectateurs et « notamment, si on parle de Dr House, il est peut-être froid mais

en même temps, il essaye d'être droit, il va droit au but, il essaye toujours et à chaque fois de chercher et de trouver ce qu'il faut pour soigner mais en étant juste et droit. Et tout ça contribue à lui donner un côté sérieux et surtout très professionnel ». Ainsi, certains patients ont tenté de définir le professionnalisme en affirmant « *qu'un médecin professionnel est capable d'être impartial, d'être juste et donc de faire ce qui est le mieux pour le patient* ». Selon les intervenants, « *le professionnalisme est indissociable de l'implication des médecins pour leur patients* ». Cependant, bien que cette implication ait été louée par la majorité des participants, certains considèrent « *l'implication du médecin comme un défaut car à vouloir être toujours à l'écoute, toujours très attentionné, le médecin est quelquefois un peu trop impliqué* » et donc « *trop dévoué à son métier* ».

Les participants ont développé un autre aspect du professionnalisme lors des différents groupes. Il a donc été abordé « *la détermination et l'acharnement de certains médecins dans leur pratique professionnelle* ». De plus, certains intervenants ont reconnu que « *que ce soit au cinéma, à la télé ou dans la vraie vie, le médecin va jamais lâcher l'affaire* », « *il va même parfois s'acharner sur quelque chose pour pouvoir atteindre son objectif* ».

Un intervenant a abordé succinctement le professionnalisme selon un autre point de vue et a affirmé « *qu'être professionnel, c'était se former en permanence, être sans cesse dans la recherche* ». « *Les médecins sont alors professionnels car ils sont en perpétuel apprentissage et en formation pour devenir meilleur et donc plus compétent* ». Pour certains, « *le médecin doit apprendre son métier mais aussi doit apprendre à se découvrir lui-même* ». Cet aspect est important à la fois dans la réalité et dans la fiction puisque « *même dans « Grey's Anatomy », le Dr Christina Young, réputée inhumaine et intolérante, apprend à devenir peu à peu humaine au fil des saisons, de façon réactionnelle à ce qu'elle vit et surtout elle tire des leçons des autres et donc devient un meilleur médecin* ».

Certains patients ont souligné « *l'importance capitale du suivi en médecine générale* » en insistant sur le fait que « *le médecin traitant tentait d'établir avec son patient une relation de confiance, en essayant d'aller un petit plus loin que le simple suivi normal d'une pathologie* ». Les participants ont reconnu que « *le suivi médical réalisé par le médecin généraliste n'était pas identique à celui réalisé par les autres spécialistes et que le suivi en médecine générale relevait d'une compétence à part entière, en raison notamment du suivi sur plusieurs générations au sein d'une même famille* ».

Afin d'assurer la coordination des soins, « *le médecin doit être modéré dans ses attitudes et son comportement* » mais aussi « *il doit être modérateur et exercer son pouvoir de modérateur autour de lui* ». Les patients attendent du médecin généraliste « *qu'il puisse reformuler des propos qui ne sont pas forcément clairs pour les patients, ou du moins qu'ils jugent peut-être un peu trop vifs ou trop durs et essayer de moduler un petit peu tout ça* ». Ainsi, aux yeux des patients, « *le médecin généraliste occupe une place de choix dans la coordination entre médecins et permet au patient de se sentir soutenu et surtout suivi dans la pathologie* ». Pour remplir de façon optimale sa fonction de coordination, « *le médecin se doit de passer quasiment sa vie avec ses patients* » et donc « *d'être littéralement omniprésent et omniscient* ». Ce caractère « *omniprésent est tout à fait représenté à l'écran, les médecins étant en permanence présents sur leurs lieux de travail, au chevet de leurs patients* ».

Certains intervenants ont évoqué le fait que « *le médecin était parfois le seul contact des patients avec l'extérieur, en liant une relation de confiance médecin-malade et donc le médecin pouvait être amené à être confronté à une situation d'urgence* ». Les participants ont alors souligné « *la capacité du médecin à rester ou du moins de paraître calme et posé dans toutes les circonstances et de garder son sang froid en toute situation, ce qui est rassurant et sécuritaire pour les patients que nous sommes* ». De plus, même en situation de crise, « *les médecins sont dans ce qu'ils font, ils savent ce qu'ils ont à faire, ils sont déterminés et sont extrêmement concentrés, ils donneront tout pour essayer de soigner au mieux ou de trouver des solutions* ». L'urgence est un thème récurrent dans les fictions médicales ; « *la gestion du stress ainsi que la capacité du médecin à réfléchir rapidement et efficacement sont parfaitement bien mises en valeur dans ces fictions médicales* ». Ainsi, « *les fictions médicales à travers l'ambiance pesante des urgences, illustrent à merveille la compétence des médecins à travailler dans des conditions extrêmes* ». Paradoxalement, alors que la situation peut-être urgente, les patients-spectateurs avouent remarquer « *une patience hors norme chez la plupart des médecins* ». Le médecin « *peut donc être patient avec ses patients dans un contexte d'urgence* ».

La plupart des participants considèrent que « *lorsque le médecin soigne le patient dans sa totalité, il doit faire preuve de neutralité et d'impartialité* » « *car il ne peut pas s'impliquer avec tous ses patients* » et « *d'ailleurs, cette neutralité est bienveillante pour tous* » donc « *cela devient constructif à la fois pour le patient et le médecin* ». De plus, les patients ont reconnu que « *l'attitude du médecin devait être différente et devait varier selon les cas cliniques lors de la consultation. Ainsi, le médecin ne traite pas tous les cas de la*

même façon et ne réagit pas pareil qu'il s'agisse d'une simple angine ou d'une pathologie incurable et c'est ce qui permet au médecin d'apprécier le patient dans sa totalité ».

Dès lors que la notion de neutralité a été abordée, les participants ont spontanément rebondi sur « *la nécessité pour le médecin de savoir prendre du recul face à ses patients et aux pathologies rencontrées* ». Ainsi, « *savoir prendre du recul devient une qualité fondamentale pour le bien être psychique du médecin* ». Un patient a exprimé son point de vue : « *je pense que la grande qualité d'un médecin est aussi d'être capable de prendre ce recul, mais en même temps, ne pas exprimer ce que l'on ressent notamment lors d'un décès n'est pas forcément anodin, il faut l'accepter, il faut le gérer, il faut prendre sur soi, tout en faisant en sorte que la profession n'éclabousse pas la vie à côté. En effet, on parlait de vie familiale du médecin souvent mise entre parenthèses, ces échecs-là peuvent malmener la vie personnelle et il faut que le médecin arrive quand même à les dompter, les gérer et ne pas faire retomber la faute sur les gens qu'on aime. Tout ça est loin d'être facile donc je crois que c'est une qualité énorme qu'un médecin doit avoir et malheureusement cette qualité de savoir prendre le recul nécessaire n'est sûrement pas représentée dans les fictions* ». Un autre intervenant a alors conclu que « *ça serait utile dans les fictions que cette dimension soit présente car il faut au moins espérer que dans la réalité, les médecins arrivent à prendre du recul et qu'ils ne vivent pas en permanence en autarcie* ». Parallèlement à cette capacité de prise du recul, « *le médecin doit être capable de gérer les échecs et il s'agit aussi d'une grande qualité, indispensable à la bonne pratique de l'exercice médical* ».

A partir du moment où le médecin considère son patient dans sa complexité, « *le médecin doit être capable de se remettre en question et de dire le cas échéant : "appelez un confrère parce que moi, je ne sais pas, j'ai un problème" ou encore "je préfère vous envoyer voir un confrère qui est plus spécialiste que moi en la matière"* ». Cependant, la plupart des participants ont reconnu le côté « *extrêmement rare de ces cas de figures en raison de la rivalité entre confrères* ». De plus, « *la gestion de l'incertitude est quelque chose de délicat pour les médecins alors que cela devrait être une qualité* ». Les intervenants ont établi un parallèle avec les fictions médicales et ont remarqué que « *dans les fictions, les médecins ne disent jamais "je ne sais pas", ils arrivent toujours à trouver la solution donc certainement que cette image de médecin infallible influence le comportement des médecins réels qui évitent de montrer leur incertitude par peur de montrer leur faiblesse* ».

3.3.9. Les fictions médicales et la relation médecin-malade

3.3.9.1. La part de réalité dans la fiction

Durant les différents groupes d'échanges, les intervenants ont tenté de déterminer les ressemblances mais aussi les différences qu'il pouvait exister entre les médecins réels et les médecins fictifs.

3.3.9.1.1. Une ressemblance « plus ou moins flagrante entre réalité et fiction »

La plupart des participants ont avoué « avoir déjà comparé leur médecin et notamment leur médecin généraliste aux médecins rencontrés dans les fictions médicales cinématographiques ou télévisuelles ». Ainsi, certains ont « cherché des parallèles avec des personnages de fictions ». Par exemple, en visionnant le film « La Maladie de Sachs », un patient « a cru reconnaître des attitudes ou des comportements de son ancien médecin généraliste ». Ce patient a alors conclu que « ce film offrait une version authentique du médecin généraliste puisqu'il y avait de nombreuses similitudes entre le personnage du Dr Sachs et son propre médecin de l'époque ». D'autres intervenants « pensent spontanément à certains médecins lorsqu'ils visionnent un film ou une série médicale car l'identification au médecin réel est très facile à faire par le spectateur ». Certains patients « trouvent que dans les séries ou films, les médecins sont quand même bien fidèles à la réalité et qu'il est effectivement possible de retrouver des traits similaires voire identiques entre le personnage de fiction et la réalité ». La plupart des patients interrogés ont été unanimes pour affirmer que « la majorité des séries médicales étaient ancrées dans la réalité. Cependant, certaines séries quotidiennes non médicales comme « Plus belle la vie » nous offre une vision réelle du médecin généraliste, avec une image fidèle du médecin de famille ». Ainsi, de nombreux patients-spectateurs affirment qu'« effectivement, il y avait des traits de personnalité que l'on retrouvait chez notre médecin et qui étaient décrits dans les films et les séries et qu'il était donc facile et intéressant de les comparer ». Cependant, les participants considèrent que « la ressemblance n'est pas parfaite et qu'il est difficile d'identifier le médecin de famille à un personnage en particulier mais il est plutôt aisé de retrouver divers traits de caractères de personnages de séries ou certaines petites bribes dans les médecins de fictions, ce qui permet aux spectateurs de rattacher ces représentations à la réalité ». « C'est donc plus certaines de ces petites touches, de ces petits détails de caractères ou de tempérament que l'on va pouvoir retrouver chez un médecin de la vie de tous les jours ».

Les participants ont montré que « *la ressemblance entre les médecins de fictions et les médecins réels était de différente nature* ». En effet, certains ont retrouvé « *le côté performant et autoritaire de leur médecin traitant dans la chef de service de la série « Urgences » ainsi que ses intonations de voix qui étaient tellement ressemblants que cela en devenait troublant* ». D'autres se sont plus arrêtés sur des « *détails physiques tels que le physionomie, le visage, la coiffure* » et « *avaient même l'impression de se retrouver dans la série lors de la consultation tant la ressemblance était frappante* ». Certains ont reconnu des « *comportements ou des attitudes* », « *lors des passages aux urgences, pour des problèmes différents, la comparaison est facile chez les internes, il est facile de reconnaître certains personnages de série de part leur façon de faire, leur attitude...* ». Enfin, certains intervenants se sont focalisés sur les ressemblances « *de communication entre médecins fictifs et médecins réels* ». Un parallèle a été réalisé par plusieurs sur « *la façon de communiquer des chirurgiens en général, c'est à dire de façon très directe et donc très ressemblant avec la façon de faire de Dr House* ».

Ainsi, certains patients-spectateurs ont conclu que « *les fictions médicales renvoyaient l'image de la vie telle qu'elle était, pas du tout romancée et édulcorée. Le médecin n'est pas vu comme un être magique qui solutionne tout. Les fictions nous montrent des médecins qui peuvent s'en prendre plein la figure, qui vont être critiqués, qui peuvent être accusés par des familles... Et donc tout cela fait que c'est vraiment très proche du réel* ».

Les participants ont souligné que « *les fictions médicales retraçaient souvent avec précision et exactitude l'ambiance de l'univers médical* » et « *touchaient vraiment du bout des doigts la réalité* ». Cette absence de scénarisation « *a permis à beaucoup de spectateurs d'identifier leurs médecins aux médecins de fictions puisque tous les traits de caractères et les profils sont représentés* » et ce qui a attiré l'attention des patients-spectateurs est que « *c'est aussi ce qu'on peut rencontrer dans la vraie vie avec ces traits de caractère positif et négatif* ». Ainsi, les patients-spectateurs « *regardent les fictions médicales pour identifier leur médecin à un personnage de fiction à travers ses défauts et ses qualités comme tout le monde* » mais l'inverse est aussi possible. En effet, un patient nous a expliqué qu'il lui arrivait « *d'aller consulter son médecin pour étudier son comportement, rechercher ses défauts et analyser ses attitudes et réactions...* » afin de rechercher « *des qualités que l'on retrouve chez les médecins de fiction* ».

3.3.9.1.2. Une « nette différence » entre réalité et fiction

Bien que certaines ressemblances aient été évoquées par les patients interrogés, quelques participants ont discuté des différences qu'il existe entre les médecins de fictions et les médecins réels. Certains ont eu un avis très tranché, immédiatement après la fin de la question, en affirmant qu'*« aucun médecin côtoyé dans la réalité ne ressemblait à un médecin de fiction »* et *« qu'il n' y avait pas vraiment de choses dans les séries que l'on pouvait retrouver chez les médecins déjà rencontrés dans la vraie vie »*. Quelques patients ont nuancé leurs propos en affirmant *« que lorsqu'ils étaient en contact avec un médecin, ils ne le voyaient pas avec les lunettes du scénariste ni à travers les yeux du spectateurs mais à travers le spectre du patient et donc qu'il était difficile de les identifier à un personnage en particulier »*. Plusieurs intervenants ont poursuivi la discussion en rajoutant *« qu'ils n'avaient jamais retrouvé de traits de personnalité des personnages de fiction chez leur médecin généraliste même en cherchant bien »*. Cependant, un participant a tenté de nuancer en avouant qu' *« il n'avait jamais établi de corrélation entre les médecins de fictions et son médecin généraliste parce que dans les films qui mettent en scène un médecin, c'est vraiment un cas particulier de médecin qu'on va retrouver et donc il s'agit d'un cas scénarisé »*.

Les différents groupes ont tous abordé, comme nous l'avons déjà évoqué, au cours de la discussion *« l'importance de la scénarisation dans les fictions médicales »*. En effet, les patients-spectateurs ont tous été d'accord pour dire qu' *« il s'agit d'une écriture scénaristique et donc qu'il est logique de pousser les choses à l'extrême afin justement d'accrocher le spectateur »*. *« Les médecins sont donc pris dans la fiction, une sorte de jeux d'écriture qui rend une vision très fantasmée de la réalité et donc forcément toujours très stylisée »*. Ainsi, la plupart des participants ont affirmé que *« les personnages de médecins étaient fabriqués , qu'ils étaient stéréotypés et qu'ils étaient donc forcément très irréalistes »*. Les participants ont expliqué qu'ils avaient *« conscience que ce n'était pas leur médecin ou n'importe quel médecin qu'ils avaient en face d'eux dans la télévision et donc qu'ils ne voyaient pas ces personnages idéalisés et scénarisés de la même manière que leur médecin généraliste »*. La majorité des patients-spectateurs a déclaré qu'*« ils arrivaient à dissocier parfaitement la réalité de la fiction, les films à la télé n'étant vraiment pas réels et le médecin n'est pas identique à celui de la vraie vie »*. D'autres ont exprimé la même idée en affirmant qu'*« il s'agissait d'un monde totalement à part qui n'avait aucun rapport avec la vie réelle et donc que le médecin traitant était le médecin et que le reste était du cinéma »*. Cependant, certains intervenants ont affirmé qu'ils *« aimeraient franchement connaître certains médecins tels qu'on les voit au cinéma, c'est à dire idéalisés mais on n'est pas dupe*

quand même et on sait qu'on ne rencontrera jamais quiconque de cinématographique dans la vraie vie ».

Quelques participants ont précisé que *« les différences entre la réalité et la fiction ne se cantonnaient pas aux médecins mais aussi à l'ambiance médicale et par conséquent les décors. Les décors de fictions sont très aseptisés, les salles d'opérations, etc.. sont vides et austères alors que dans la vraie vie, cela ne semble pas être identique. Les blocs opératoires paraissent très design alors que dans la réalité, c'est bien plus vieux, moins à la pointe de la technologie. Tout cela rajoute du poids au côté romancé et scénarisé et permet d'accroître l'idéalisation et donc de faire ressortir le médecin ».*

De la même manière *« la question de l'argent n'est pas identique dans la réalité et dans la fiction »* selon plusieurs intervenants. En effet, *« dans les fictions, l'argent n'est jamais un problème, on s'arrange à l'hôpital pour trouver des fonds pour faire l'opération même si le patient n'a aucun revenu, c'est magnifique, mère Térésa n'est pas loin ! Alors que bon dans la réalité, c'est plus du genre, pas de mutuelle, pas de fric, ben ton cœur tu peux toujours le garder dans l'état où il est. Cette différence n'est donc absolument pas négligeable quand on y pense car on ment volontairement aux spectateurs et donc on ne comprend pas pourquoi ce n'est pas pareil qu'à la télé dans la vraie vie ».*

3.3.9.2. L'image cinématographique et télévisuelle du médecin

Le débat concernant l'image et la représentation du médecin à l'écran a occupé une partie importante des différentes séances d'échange. En effet, certains patients avaient des idées bien arrêtées et parfois même divergentes.

La première idée qui a été énoncée et qui semble être partagée par la plupart est que *« les médecins de série étaient pour la plupart des médecins hospitaliers ».* En effet, *« dans les séries, c'est plus dans les hôpitaux que l'intrigue se passe et donc ils s'agit de médecins spécialistes ».* Les patients ont reconnu qu'*« il y avait très peu de médecins généralistes dans les séries et que du coup c'était beaucoup des séries sur le secteur hospitalier ou sur les urgences mais que cela n'avait rien à voir avec la médecine libérale ».* Lors d'un autre groupe, un patient a *« remarqué que les médecins chirurgiens hospitaliers étaient plus représentés dans les séries que dans les films ».* Par opposition, certains patients-spectateurs ont affirmé *« que les médecins généralistes étaient plus représentés dans les films de cinéma, ils étaient même quasiment absents des séries télévisées ».* Cette dernière remarque n'a pas dérangé les autres participants qui ont acquiescé d'un *« oui »* général.

Un participant a affirmé que selon lui, « *les médecins de séries étaient plus réels que les médecins de cinéma car il est possible de retrouver au cours des épisodes et des différentes saisons des situations que le patient a pu être amené à vivre avec un médecin et donc tout cela contribue au réel* ». Ce point de vue a soulevé le débat puisque plusieurs autres intervenants ont énoncé « *que les médecins hospitaliers étaient de loin bien plus fictifs que les médecins cinématographiques* ». De nombreux patients paraissent convaincus que « *chez les médecins qui travaillent en ambulatoire dans les films et qui y sont peu représentés, on retrouve pas mal de traits de personnalité de la réalité alors que les médecins hospitaliers de séries sont plutôt beaucoup plus romancés que dans la réalité* ». De plus, quelques participants ont surenchéri en affirmant que « *dans les séries américaines, le rôle et l'importance du médecin hospitalier étaient démesurément accentués, de telle façon qu'on voit ces médecins différemment des autres* ». Un patient a alors démontré que « *dans les séries, il faut toujours que ce soit spectaculaire, qu'il y ait du mouvement, des rebondissements donc cela ne peut pas être la réalité, ce n'est pas la vie quotidienne qui est mise en scène. Il est donc logique que les médecins évoluent au sein de l'hôpital, soient caricaturaux au rythme des épisodes des séries* ». Cependant, un intervenant lors d'un *focus group* s'est exprimé en affirmant que selon lui, « *les médecins de films étaient plus fictifs que les médecins de séries car il s'agissait toujours d'un personnage unique, d'un cas bien précis ultra-détaillé dans le film et donc ce sera un médecin toujours un peu atypique, qui utilisera des méthodes disons peu conventionnelles pour soigner ses patients ou qui aura des façons de faire bizarres afin d'attirer l'attention* ».

Les patients-spectateurs ont évoqué le fait que « *les médecins hospitaliers étaient des gens qui faisaient rêver et suscitaient l'admiration des spectateurs* ». Ainsi, « *les médecins spécialistes hospitaliers véhiculent un image plus valorisante de la profession que le petit médecin généraliste* ». « *Dans « Grey's Anatomy », il y a toujours des grandes opérations et c'est sûr que ça valorise le médecin et on se dit qu'on veut faire pareil parce qu'on veut sauver des vies, on veut toucher à des choses que seuls les médecins hospitaliers peuvent toucher* ». Certains participants sont même allés jusqu'à affirmer que « *ce fantasme du médecin hospitalier qui fait rêver a certainement suscité des vocations* » puisque « *les jeunes étant focalisés sur toutes ces séries médicales comme « Grey's Anatomy », ils ont forcément envie de devenir médecin hospitalier ou encore mieux chirurgien et donc cette image ultra-positive du médecin hospitalier a donc pu influencer les choix de certains dans leur vie professionnelle* ». Alors que la plupart des participants ont été d'accord pour reconnaître que « *les médecins des hôpitaux faisaient rêver* », les intervenants se sont interrogés « *sur le potentiel de séduction du médecin généraliste* ». En effet, un patient a même affirmé qu'il « *n'y avait vraiment pas de quoi identifier le médecin généraliste* ».

à un homme qui fait rêver voire fantasmer ». Ainsi, plusieurs ont déclaré qu'« il fallait être honnête et que ces médecins-là ne font pas forcément voyager ou rêver le spectateur ou le patient » et d'ailleurs, il a été soulevé le problème « que les médecins généralistes présents à l'écran n'avaient vraiment rien de super attirant, ce n'était qu'un petit médecin avec sa petite sacoche sans intérêt ». Quelques patients ont conclu que « le médecin généraliste n'était en aucun cas comparable à un super héros » et « que le message du jour destiné au médecin généraliste pour tenter d'être plus attirant était de ne plus prendre de sacoche ! ».

Les patients-spectateurs ont tenté de déterminer si l'image du médecin à l'écran avait une répercussion sur la relation entretenue avec leur médecin. Certains participants ont affirmé « que le cinéma et la télévision avaient permis de voir le médecin autrement » et donc que « les représentations cinématographiques et télévisuelles sont l'occasion d'élargir leur point de vue sur leur médecin traitant ». De plus, certains intervenants ont abordé la notion de « relation de confiance entre le médecin et son patient » en insistant sur « le caractère proche, développé et riche de cette relation ». Cependant, il a été conclu que « la relation du patient avec le chirurgien et avec le médecin généraliste était tout à fait différente et que les gens n'étaient pas suivis de manière identique par le chirurgien et par le médecin traitant ». La même constatation, à savoir « une relation soignant-soigné différente » a été faite « entre le médecin de la ville et le médecin de la campagne ».

3.3.9.3. Influence sur la relation médecin-malade

La question ayant occupé la majorité des différents débats a été de savoir si les représentations cinématographiques et télévisuelles du médecin influencent la relation médecin-malade. Les différents intervenants se sont prêtés spontanément à l'exercice et ont exprimé avec détail et précision leur point de vue.

3.3.9.3.1. Une influence positive sur la relation médecin-malade ?

La première notion exprimée spontanément par les patients-spectateurs a été l'intérêt et « l'impact cinématographique positif de ces fictions sur le public ». Ainsi, chaque patient nous a fait part des « premières images du médecin, du premier cliché, d'un souvenir d'enfance ». Un participant a alors évoqué « Louis Jovet dans « Knock » "ça vous gratouille ou ça vous chatouille" » en qualifiant ce film « de souvenir d'enfant, rattaché à la séance du cinéma, la séance du soir et donc une image de médecin gravée à jamais en mémoire ». D'autres nous ont fait part « du côté fascinant de ces fictions médicales, un petit côté qui fait rêver, des situations inspirantes, etc... ». D'autres encore nous ont expliqué « que ce qui fait qu'on s'attache à ces séries, c'est qu'il y a aussi beaucoup de légèreté et c'est donc un

moment de détente sympa, comme par exemple « Scrubs ». Pour certains, « les séries médicales font partie de leur vie et sont une évidence, on va avoir « Grey's Anatomy » et on est tous d'accord pour dire que c'est la plus célèbre ».

De plus, à côté de cet impact cinématographique ou télévisuel positif, les patients-spectateurs ont reconnu *« le caractère addictif de ces fictions »*. Les spectateurs *« semblent bêtement obsédés par les séries et c'est d'ailleurs ce qui rend la série intéressante et addictive »*. D'autres ont avoué *« ne pas louper un épisode des différentes séries médicales préférées ou du moins ne jamais oublier de les enregistrer en cas d'impossibilité de les regarder en direct »*. Les patients avouent donc que *« ce comportement révèle que les gens sont sérieusement accros à ce genre de fictions médicales et qu'obligatoirement il en découle une influence positive »*.

Un intervenant a affirmé que *« les fictions médicales lui apportaient des pistes de réflexion, des questions supplémentaires à poser au médecin sur son travail mais aussi sur les pathologies, les traitements, etc... et donc que les fictions ont tendance à modifier son comportement envers les médecins. Les fictions permettent d'interroger les médecins sur leurs conditions de travail parce que c'est beaucoup montré à l'écran, la surcharge de travail, la pression. Donc l'influence de ces représentations sur le spectateur existe et est bien présente »*. Dans la même idée, un participant a déclaré que *« les fictions pouvaient permettre de mieux comprendre notre médecin, donc à ce niveau-là, cela pouvait avoir une influence et notamment aider à mieux comprendre son travail »*.

Les patients-spectateurs ont été nombreux à penser qu'*« on pourrait se dire qu'en voyant les médecins évoluer à l'écran, on devrait être plus conciliant avec eux parce qu'ils doivent gérer beaucoup de choses, on peut se dire qu'on devrait être plus indulgent parce que dans les séries, on voit ça et ça et on se rend compte qu'ils sont fatigués... »*. Ainsi, *« les fictions médicales incitent le patient à être plus indulgent avec le médecin, à comprendre parfois son attitude et donc à être un peu moins critique et un peu moins exigeant »*. Certains intervenants ont précisé que *« cette indulgence serait différente envers les médecins généralistes et les médecins hospitaliers »*. Ce point de vue a opposé certains patients et les deux points de vue ont été exprimés. Certains pensent que *« l'on devrait être plus indulgent avec le médecin généraliste et un peu moins avec les spécialistes puisqu'il existe une énorme fossé entre les deux métiers et que le médecin généraliste est plus méritant »* et donc par conséquent *« adopter une attitude encore plus exigeante vis-à-vis d'un médecin du milieu hospitalier »*. En effet, un patient nous a donné son opinion : *« je trouve cela scandaleux, quand on pense que le médecins généraliste consacre plus d'une*

demi-heure à un patient, qu'il suit son patient, qu'il le soutient, qu'il l'écoute et qu'il n'est pas plus reconnu que ça alors que quand on va chez les autres spécialistes, dans le milieu hospitalier, on reste 5 minutes, et paf on paye la consultation trois à quatre fois plus cher alors que ce n'est pas justifié. Donc franchement je trouve que les médecins généralistes ne sont pas appréciés à leur juste valeur et les fictions m'incitent à donc être encore plus exigeant envers les médecins hospitaliers ».

A l'inverse, d'autres admettent que *« les séries pourraient les amener à être un peu plus indulgent avec certains médecins, en parlant vraiment des médecins hospitaliers qui vont passer de chambre en chambre ou de l'urgentiste »*. De plus, *« avec un médecin hospitalier, on aura un peu plus d'indulgence par rapport à la notion de temps, de temps d'examen, de dureté du médecin car dans certaines séries ou fictions, on peut les voir évoluer dans leur milieu, faire leur boulot mais aussi on peut voir ce qui se passe à côté, on va voir que le médecin n'est pas qu'un médecin mais aussi un être humain et donc qu'il n'a pas vocation à être parfait donc une indulgence exacerbée pour le milieu médical »*. Cependant un participant a nuancé ses propos relatifs aux autres spécialités, *« après au niveau des spécialistes, au niveau des consultations, cela dépendra des médecins... »*. Malgré tout, les patients ont affirmé que *« les médecins étaient avant tout des humains, qu'ils portaient tous un fardeau, ce qui les rendaient comme nous finalement et ce qui faisait qu'on rentrait en empathie »*.

Une autre influence positive a été soulevée lors d'un groupe d'échange, à savoir *« la plus grande liberté d'expression des patients face à leur médecin »*. Certains patients considèrent que *« les fictions médicales nous ont certainement permis d'avoir un dialogue avec notre médecin traitant qui n'aurait pas été possible il y a 20-30 ans »*. En effet, *« la télévision et le cinéma ont permis une progression de la société car avant dans les années 60, avant l'avènement de toutes ces fictions, on allait pas chez son médecin traitant comme ça, ce n'était pas courant et on ne discutait pas avec son médecin traitant, on expliquait ses symptômes, on était ausculté et on acceptait ce qu'il disait, il n'y avait rien d'autre »*. Ainsi, *« les fictions ont permis d'ouvrir la communication entre le médecin et son patient »*. Cependant, *« certainement que les séries désinhibent les patients »* et que *« c'est justement depuis les années 90-2000 avec toutes les représentations cinématographiques et toutes les séries que l'on a perdu le respect qu'on avait pour le médecin, ce médecin que l'on considérait comme parole d'évangile. Le médecin ne peut donc plus jouer de son influence, et ce respect aveugle que l'on avait pour le médecin généraliste n'est plus. Maintenant, on est donc plus à même de le remettre en question »*. *« Les nombreuses séries ont permis de donner une image différente, moins sérieuse du médecin »*.

Ainsi, certains patients pensent qu' « *il est peut-être plus facile pour certains d'arriver chez le médecin et d'oser dire les choses, même d'insister peut-être ou éventuellement évoquer une erreur possible. Ce côté est peut-être plus mis en avant, le patient ose plus depuis toutes ces représentations. Dans les séries, on voit plus le côté humain des médecins, on voit un peu leur vie, que eux aussi ils ont leur faiblesse, leur point faible, c'est mis en avant donc inconsciemment cet aspect reste en tête lorsque le patient va en consultation* ». Cela « *représente donc une influence non négligeable des fictions sur le comportement des patients mais aussi des médecins* ». Un intervenant a émis l'hypothèse que « *les médecins modifiaient leur comportement en raison de la plus grande liberté d'expression de leur patient depuis quelques années. Ils ont tendance à devenir plus humains et ils ne se comportent plus comme des vieux médecins généralistes et n'essayent plus de s'imposer en disant "qui est le médecin dans la pièce ?, tu veux le Vidal pour vérifier ce que je dis ?" comme aurait pu le faire les vieilles générations de médecins. De toute façon, si le médecin se comportait de cette façon, est ce que le patient ne lui claquerai pas la porte au nez pour partir ?* ». Cette dernière affirmation a permis d'élargir le débat puisque certains intervenants ont rebondi en affirmant que « *d'un point de vue plus insidieux, peut-être que les fictions, ont incité quelques gestes ou remarques que les patients n'auraient pas forcément eu en face de praticiens il y a quelques années* ». Ainsi, le patient, au-delà d'oser communiquer avec son médecin, « *n'hésite pas à dépasser les limites, à monter au créneau, prendre le praticien entre quatre yeux et ne pas être forcément très sympathique avec lui* ».

3.3.9.3.2. Une influence négative sur la relation médecin-malade ?

Les fictions médicales n'ont pas réussi à plaire à tout le monde et certains intervenants nous ont fait part « *de leur agacement concernant certaines séries* ». Certains patients ont avoué « *avoir vu quelques fictions médicales mais que les personnages de médecins étaient fortement agaçants* ». Le patient-spectateur a même surenchéri en affirmant « *je n'aime pas trop ces fictions, j'aime pas certains personnages médicaux comme Dr House en tout cas* ». D'autres ont expliqué qu'ils « *n'aimaient pas ce genre cinématographique* », qu'ils « *avaient du mal à y adhérer* ». Ainsi, les fictions médicales peuvent « *avoir un impact cinématographique négatif sur le patient-spectateur* ».

Une influence négative a été soulevée par un participant qui a évoqué le « *travail ethnographique du grand sociologue Jean Penneff. Il est allé voir l'hôpital qui a servi de modèle à la série « Urgences » et il a fait un article sur l'attente aux urgences dans cet hôpital. Il a répertorié tous les filtres qui fait qu'à la fin on se retrouve devant le médecin, les mille choses qui ne sont pas décrites dans la série : l'attente, les policiers à l'entrée,*

l'administration, les documents à remplir. Tout ça n'est pas montré à l'écran et donc on ne comprend pas que ce ne soit pas pareil dans la vraie vie. C'est donc pour moi la plus grande ombre au tableau et donc la grande influence négative de ces fictions sur la relation qui nous unit au médecin ».

Une autre influence négative a été abordée par certains patients-spectateurs. Certains considèrent que *« du point de vue du patient, il existe une influence négative sur la relation puisque les patients deviennent de plus en plus revendicateurs en raison de la banalisation de la profession, les médecins n'ont plus l'effet sur la population qu'ils avaient avant et du coup les patients vont être plus revendicateurs qu'avant »*. D'autres ont surenchéri en affirmant que *« pour le généraliste, la situation est de plus en plus compliquée, plus tendue avec les patients, il y a plus de revendications qui rentrent en ligne de compte et donc le patient a beaucoup plus envie de forcer pour obtenir quelque chose ... »*. De plus, *« les fictions médicales font ressortir les erreurs médicales et mettent en scène les procès pour fautes médicales, tout cela rend le patient encore plus revendicateur à l'égard de son médecin dans la vraie vie »*. Ainsi *« on peut affirmer qu'il existe une répercussion négative flagrante sur la relation médecin-malade »*.

Un patient-spectateur a soulevé une autre influence négative des fictions sur la relation médecin-malade. *« A l'écran, comme nous l'avons déjà dit, le médecin a ce caractère omniscient, super-toubib, qui trouve tout de suite la maladie et le remède qui va soigner tout ça et donc effectivement, si demain je devais tomber malade, j'aurais du mal à encaisser l'échec du traitement et du médecin parce que à la télé ça marche et pas dans ma vraie vie. On peut donc dire que ce sont les fictions qui me rendent plus exigeant envers les médecins et cette exigence peut être négative et néfaste dans la relation de confiance »*.

3.3.9.3.3. Pas d'influence consciente sur la relation médecin-malade ?

Après avoir évoqué leur attirance ou leur désintérêt pour les fictions médicales, certains participants ont affirmé que *« sincèrement, il existait certainement une influence inconsciente entre les représentations des médecins à l'écran et la relation entretenue avec le corps médical »*. Un autre patient pense *« que ce sont les séries qui orientent le regard sur le médecin généraliste »*. Cependant, les patients ont insisté sur *« le caractère inconscient de cette influence »* car *« consciemment, cela n'est jamais arrivé de penser en voyant réellement un vrai médecin en face à face, de penser à telle ou telle situation dans un film mais il faut être prudent et considérer qu'il s'agit d'un point de vue conscient*.

Inconsciemment c'est sur qu'il existe une influence ». Un autre participant a nuancé en affirmant qu'« il était fort possible qu'il y ait des gens qui soient influencés et que c'était sûrement une réalité mais que ce n'était pas le cas de tout le monde ».

3.4. Analyse matricielle

En croisant les "nœuds" obtenus lors de l'analyse descriptive et les données socio-démographiques des patients ayant participé aux différents entretiens, nous avons obtenu une matrice. Les chiffres représentent le nombre de références associées à un nœud et énoncées par une catégorie de patients. Pour simplifier la lecture, un code couleur a été appliqué allant du vert vers le rouge en fonction du nombre de références.

Nous avons réalisé deux matrices par souci de clarté. La première détaille les différents "nœuds" obtenus, la deuxième concerne les ensembles obtenus en groupant les nœuds par association d'idées.

3.4.1. Analyse matricielle des nœuds

	Sexe		Âge				Profession							Lieu d'habitation		Secteur d'activité du médecin		Intérêt pour les fictions médicales					
	Masculin	Féminin	< 25 ans	26 à 40 ans	41 à 60 ans	> 60 ans	enseignant	para-médicaux	agriculteur	sociologue	étudiant	mère au foyer	journaliste	cadre supérieur	retraité	rural	urbain	rural	urbain	plusieurs fois par semaine	une fois par semaine	une fois par mois	moins d'une fois par mois
1 : acharnement et ténacité du médecin	2	5	2	2	3	0	3	1	0	0	3	0	0	0	0	0	7	0	7	0	4	3	0
2 : amitié entre médecins	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
3 : apprentissage de la médecine par les patients	0	3	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	3	0	1	2	0	
4 : aspect négatif de la profession dans les fictions	2	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	2	0	1	1	0
5 : attente non retrouvée dans les fictions	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	
6 : attitude des médecins différentes selon les spécialités	0	3	2	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	2	1	0	
7 : aucune ressemblance avec les médecins à l'écran	6	3	0	2	6	1	0	0	1	4	1	0	2	0	1	0	9	0	9	0	2	7	0
8 : aventures palpitantes du médecin	3	3	1	0	5	0	2	1	0	3	0	0	0	0	0	2	4	0	6	0	3	3	0
9 : beau médecin	6	1	0	4	3	0	3	0	0	0	0	0	3	1	0	0	7	0	7	3	3	1	0
10 : capacité de passer d'un cas grave à un cas bénin	3	4	1	4	2	0	1	3	0	0	2	0	1	0	0	0	7	0	7	0	6	1	0
11 : cas graves = cas intéressants	3	5	2	3	3	0	1	2	1	2	2	0	0	0	0	8	0	8	0	4	4	0	
12 : charité différente entre fiction et réalité	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0

Figure 3: Analyse matricielle des nœuds

	Sexe		Âge				Profession								Lieu d'habitation		Secteur d'activité du médecin		Intérêt pour les fictions médicales				
	Masculin	Féminin	< 25 ans	26 à 40 ans	41 à 60 ans	> 60 ans	enseignant	para-médicaux	agriculteur	sociologue	étudiant	mère au foyer	journaliste	cadre supérieur	retraité	rural	urbain	rural	urbain	plusieurs fois par semaine	une fois par semaine	une fois par mois	moins d'une fois par mois
13 : comparaison entre médecin généraliste et médecins de fiction	7	5	0	7	5	0	4	0	1	0	3	0	3	1	0	2	10	0	12	2	7	3	0
14 : compétition - rivalité entre médecins	3	8	1	4	6	0	5	0	1	0	4	0	1	0	0	1	10	0	11	0	5	6	0
15 : confrontation fréquente à la mort	2	8	0	5	5	0	4	1	1	0	1	2	0	1	0	0	10	0	10	1	2	7	0
16 : connaissances importantes	8	6	0	4	8	0	6	0	0	0	2	0	4	0	0	3	9	0	12	2	9	3	0
17 : contraintes professionnelles occultées dans les fictions	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
18 : démarche diagnostique = enquête policière	6	6	0	2	7	3	1	0	0	4	0	0	2	2	3	0	12	0	12	0	2	10	0
19 : dérive de l'attitude du médecin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20 : désacralisation du mythe du médecin	5	4	0	7	2	0	3	0	0	0	0	0	2	4	0	0	9	0	9	3	2	4	0
21 : dévouement du médecin	3	6	1	5	2	1	1	0	2	0	3	1	1	0	1	0	9	0	9	1	2	6	0
22 : dichotomie entre médecin de ville et médecin de campagne	1	3	1	2	2	0	2	1	1	0	1	1	0	0	0	1	3	0	3	0	2	2	0
23 : dichotomie entre médecin généraliste et médecin hospitalier	1	4	0	3	1	1	2	0	2	0	0	0	0	0	1	1	4	0	5	1	1	3	0
24 : différence de patients entre la ville et la campagne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25 : différence entre jeune médecin et médecin senior	3	3	0	2	3	1	4	0	0	0	0	0	1	0	1	0	6	0	6	2	1	3	0
26 : différence fiction et réalité dans les cas traités	2	1	1	0	2	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	1	2	0
27 : difficultés relationnelles entre professionnels	1	2	1	0	2	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	1	2	0
28 : disponibilité du médecin	3	7	1	4	4	1	4	1	1	0	3	0	0	0	1	0	10	0	10	0	4	6	0
29 : distance sociale médecin - patient	3	7	5	0	5	0	2	5	0	2	0	0	1	0	0	0	10	0	10	0	6	4	0
30 : dualité bon et mauvais médecin	2	5	0	4	3	0	4	1	0	0	1	0	0	1	0	0	7	0	7	1	2	4	0
31 : échec de la vie privée personnelle	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0
32 : écoute du médecin - médecin attentif	3	16	3	5	9	2	6	4	0	0	2	1	2	2	2	2	17	0	19	0	9	10	0
33 : empathie du spectateur à l'égard du médecin de fiction	1	2	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3	0	3	0	1	2	0
34 : épisodes relatant des cas concrets de médecine	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0

Figure 3: Analyse matricielle des nœuds

	Sexe		Âge				Profession								Lieu d'habitation		Secteur d'activité du médecin		Intérêt pour les fictions médicales				
	Masculin	Féminin	< 25 ans	26 à 40 ans	41 à 60 ans	> 60 ans	enseignant	para-médicaux	agriculteur	sociologue	étudiant	mère au foyer	journaliste	cadre supérieur	retraité	rural	urbain	rural	urbain	plusieurs fois par semaine	une fois par semaine	une fois par mois	moins d'une fois par mois
35 : équilibre entre gravité et légèreté	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0	3	0	0	3	0
36 : fantôme du médecin	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
37 : fiction = aucune incertitude des médecins	0	5	0	3	2	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5	0	3	2	0
38 : fiction = environnement high-tech	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
39 : fictions = pas d'échecs	0	3	0	1	2	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	1	2	0
40 : fictions focalisées sur le cas médical	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
41 : fictions réalistes	2	3	0	1	4	0	1	0	1	2	0	1	0	0	0	0	5	0	5	0	0	5	0
42 : film American Mary	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0
43 : film Anatomy	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0
44 : film ancien	1	1	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0	1	1	0
45 : film Blindness	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
46 : film Carnet de Voyage	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0
47 : film Catherine Courage	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
48 : film Chromosome	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
49 : film Docteur Folamour	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
50 : film Dr Guigels	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
51 : film Dr Jekyll et Mister Hide	1	4	1	2	2	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	5	0	5	0	3	2	0
52 : film Dr Jivago	2	1	0	1	2	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3	0	3	0	2	1	0
53 : film Dr Knock	1	2	0	0	3	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	3	0	2	1	0
54 : film Dr Patch Adams	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
55 : film Faux semblants	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
56 : film français	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0
57 : film Frankenstein	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
58 : film Frantic	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
59 : film Hippocrate	1	4	0	0	5	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5	0	5	0	0	5	0
60 : film Hulk	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0
61 : film La cité de la joie	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0
62 : film La famille Bélier	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
63 : film La maison du docteur Edwardes	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
64 : film La maladie de Sachs	0	3	0	0	3	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	0	3	0	2	1	0
65 : film La piel que habito	1	2	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2	0	2	1	0

Figure 3: Analyse matricielle des nœuds

	Sexe		Âge				Profession								Lieu d'habitation		Secteur d'activité du médecin		Intérêt pour les fictions médicales				
	Masculin	Féminin	< 25 ans	26 à 40 ans	41 à 60 ans	> 60 ans	enseignant	para-médicaux	agriculteur	sociologue	étudiant	mère au foyer	journaliste	cadre supérieur	retraité	rural	urbain	rural	urbain	plusieurs fois par semaine	une fois par semaine	une fois par mois	moins d'une fois par mois
66 : Film Le Discours d'un roi	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0
67 : film Le sixième sens	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
68 : film Le Viager	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0
69 : film Les 4 filles du Dr March	1	2	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	2	0	1	2	0
70 : film MASH	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0
71 : film Ne le dis à personne	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
72 : film récent	3	4	0	1	5	0	3	0	0	1	0	1	1	0	0	0	6	0	6	1	1	5	0
73 : film Retour vers le futur	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0
74 : film Sanitorium	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
75 : film Sept morts sur ordonnance	0	2	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	2	0
76 : film Sherlock Holmes	2	2	0	1	3	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	0	4	1	1	2	0
77 : film Star Trek	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0
78 : film Supercondriaque	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
79 : film Sutures	2	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0
80 : film The Constant Gardner	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
81 : film Vol au-dessus d'un nid de coucou	0	2	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	2	0	2	0	0	0
82 : idéalisation du médecin de fiction	3	15	3	4	10	1	8	3	0	1	3	0	1	1	1	1	17	0	18	0	8	10	0
83 : identification du spectateur	2	4	0	1	2	3	0	0	0	0	0	2	1	3	0	6	0	6	0	2	4	0	0
84 : image à l'écran de la folie du médecin	4	2	1	4	1	0	2	0	0	0	4	0	0	0	0	6	0	6	1	4	1	0	0
85 : image du médecin accessible	0	6	3	1	2	0	2	3	0	0	1	0	0	0	0	6	0	6	0	4	2	0	0
86 : image du médecin acteur - médecin en représentation	3	4	0	1	6	0	3	0	0	1	0	0	3	0	0	7	0	7	1	1	5	0	0
87 : image du médecin addict - drogué	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
88 : image du médecin altruiste	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
89 : image du médecin antipathique	5	0	0	1	4	0	1	0	0	1	0	0	3	0	0	5	0	5	1	3	1	0	0
90 : image du médecin atypique	6	2	0	4	4	0	1	0	0	1	1	0	3	2	0	8	0	8	1	4	3	0	0
91 : image du médecin autoritaire	2	1	0	2	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	3	0	3	1	1	1	0	0

Figure 3: Analyse matricielle des nœuds

	Sexe		Âge				Profession							Lieu d'habitation		Secteur d'activité du médecin		Intérêt pour les fictions médicales					
	Masculin	Féminin	< 25 ans	26 à 40 ans	41 à 60 ans	> 60 ans	enseignant	para-médicaux	agriculteur	sociologue	étudiant	mère au foyer	journaliste	cadre supérieur	retraité	rural	urbain	rural	urbain	plusieurs fois par semaine	une fois par semaine	une fois par mois	moins d'une fois par mois
92 : image du médecin ayant peur de la médecine	0	4	0	1	3	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	0	1	3	0	
93 : image du médecin bavard	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	
94 : image du médecin burlesque	2	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	1	1	0	0	
95 : image du médecin calme - posé	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	
96 : image du médecin caractériel	2	2	1	1	2	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	4	0	4	0	4	0	0	
97 : image du médecin clinicien	1	4	0	3	2	0	2	1	0	0	1	0	0	1	0	2	3	0	5	0	4	1	0
98 : image du médecin commerçant	2	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	2	1	1	0	0	
99 : image du médecin communicant	0	3	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	3	0	
100 : image du médecin compétent	4	8	0	1	11	0	7	1	0	1	0	0	3	0	0	3	9	0	12	0	7	5	0
101 : image du médecin compréhensif	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	
102 : image du médecin concentré	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	
103 : image du médecin criminel – meurtrier	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	0	2	0	2	0	0	
104 : image du médecin de la dernière chance	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	
105 : image du médecin débutant	4	9	0	6	6	1	6	2	0	1	2	0	0	1	1	0	13	0	13	1	4	8	0
106 : image du médecin désintéressé par l'argent	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	
107 : image du médecin désociabilisé	0	2	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	1	1	0	
108 : image du médecin droit	0	2	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	1	1	0	
109 : image du médecin empathique	5	4	0	2	7	0	2	1	0	0	0	0	5	1	0	9	0	9	0	6	3	0	
110 : image du médecin endurci	2	2	0	4	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	4	0	4	0	2	2	0	
111 : image du médecin envahissant - attitude envahissante du médecin	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	
112 : image du médecin évoluant selon les époques	7	6	2	7	3	1	10	1	0	0	1	0	0	0	1	0	13	0	13	7	2	4	0
113 : image du médecin différente selon les époques	6	1	0	6	0	1	6	0	0	0	0	0	0	0	1	0	7	0	7	6	0	1	0
114 : image du médecin expérimenté	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	
115 : image du médecin familial	2	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	1	0	1	0	
116 : image du médecin fêtarde	0	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0	
117 : image du médecin généraliste	4	17	4	8	9	0	6	8	2	0	0	0	5	0	0	1	20	0	21	2	11	8	0

Figure 3: Analyse matricielle des nœuds

	Sexe		Âge					Profession								Lieu d'habitation		Secteur d'activité du médecin		Intérêt pour les fictions médicales			
	Masculin	Féminin	< 25 ans	26 à 40 ans	41 à 60 ans	> 60 ans	enseignant	para-médicaux	agriculteur	sociologue	étudiant	mère au foyer	journaliste	cadre supérieur	retraité	rural	urbain	rural	urbain	plusieurs fois par semaine	une fois par semaine	une fois par mois	moins d'une fois par mois
118 : image du médecin généraliste authentique	3	2	0	1	4	0	3	0	0	0	0	2	0	0	0	5	0	5	1	2	2	0	
119 : image du médecin hautain	2	6	3	2	2	1	2	3	0	0	1	0	1	0	1	1	7	0	8	1	5	2	0
120 : image du médecin humain	6	22	2	10	14	2	14	2	0	0	2	2	1	5	2	4	24	0	28	3	9	16	0
121 : image du médecin humanitaire	4	3	0	4	3	0	1	0	0	0	0	3	3	0	0	7	0	7	1	3	3	0	
122 : image du médecin hyperactif	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	
123 : image du médecin impliqué	1	10	0	3	8	0	8	1	1	0	1	0	0	0	0	11	0	11	0	2	9	0	
124 : image du médecin inaccessible	0	4	3	0	1	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	0	3	1	0	
125 : image du médecin intelligent	1	4	0	1	4	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5	1	0	4	0	
126 : image du médecin irremplaçable - indispensable	0	5	2	1	2	0	2	2	0	0	1	0	0	0	0	5	0	5	0	3	2	0	
127 : image du médecin malade	1	5	2	1	1	2	1	0	0	0	3	0	0	0	2	0	6	0	6	0	3	3	0
128 : image du médecin méchant	1	2	2	1	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	3	0	3	0	3	0	0
129 : image du médecin modérateur	0	2	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	2	0	
130 : image du médecin névrosé	2	4	2	3	0	1	2	0	0	0	2	0	0	1	1	0	6	0	6	2	2	2	0
131 : image du médecin omniprésent	1	2	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3	0	3	1	0	2	0
132 : image du médecin orgueilleux	2	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	0	0	0	
133 : image du médecin parfait	1	5	0	2	3	1	2	0	0	0	0	1	2	1	1	5	0	6	0	2	4	0	
134 : image du médecin passionné	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	
135 : image du médecin patient	0	3	0	1	2	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	3	0	1	2	0	
136 : image du médecin pauvre	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	
137 : image du médecin performant	2	5	1	2	4	0	4	0	0	0	3	0	0	0	4	3	0	7	0	7	0	0	

Figure 3: Analyse matricielle des nœuds

	Sexe		Âge				Profession								Lieu d'habitation		Secteur d'activité du médecin		Intérêt pour les fictions médicales				
	Masculin	Féminin	< 25 ans	26 à 40 ans	41 à 60 ans	> 60 ans	enseignant	para-médicaux	agriculteur	sociologue	étudiant	mère au foyer	journaliste	cadre supérieur	retraité	rural	urbain	rural	urbain	plusieurs fois par semaine	une fois par semaine	une fois par mois	moins d'une fois par mois
138 : image du médecin peu à l'écoute	0	4	0	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	4	0	4	0	1	3	0
139 : image du médecin peu diplomate	0	7	1	3	3	0	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	7	0	4	3	0
140 : image du médecin peu disponible	2	4	2	3	1	1	2	2	1	0	1	1	0	0	1	1	5	0	5	1	3	2	0
141 : image du médecin peu patient	0	2	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0
142 : image du médecin peu pédagogue	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
143 : image du médecin prisonnier de son lieu de travail	1	8	1	2	6	0	4	1	1	1	1	0	1	0	0	1	8	0	9	0	3	6	0
144 : image du médecin professionnel	0	7	1	2	4	0	4	1	0	0	1	0	0	1	0	0	7	0	7	0	2	5	0
145 : image du médecin psychologue	1	2	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2	0	3	0	2	1	0
146 : image du médecin remplaçant	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0
147 : image du médecin sadique	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	2	0	1	1	0
148 : image du médecin séducteur	3	7	2	3	5	0	6	1	0	1	1	0	0	1	0	0	10	0	10	2	1	7	0
149 : image du médecin sorcier	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
150 : image du médecin souriant	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
151 : image du médecin sympathique	1	4	0	3	2	0	0	3	0	0	0	0	2	0	0	0	5	0	5	0	4	1	0
152 : image du médecin trop ambitieux	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
153 : image du médecin trop parfait	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
154 : image du patient deshumanisé - objet d'expérience	0	4	1	1	2	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	1	3	0	4	0	3	1	0

Figure 3: Analyse matricielle des nœuds

	Sexe		Âge				Profession							Lieu d'habitation		Secteur d'activité du médecin		Intérêt pour les fictions médicales					
	Masculin	Féminin	< 25 ans	26 à 40 ans	41 à 60 ans	> 60 ans	enseignant	para-médicaux	agriculteur	sociologue	étudiant	mère au foyer	journaliste	cadre supérieur	retraité	rural	urbain	rural	urbain	plusieurs fois par semaine	une fois par semaine	une fois par mois	moins d'une fois par mois
155 : image du "petit" médecin généraliste	0	8	2	3	3	0	3	5	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	8	0	5	3	0
156 : image du savant-fou	2	0	0	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	1	1	0	0
157 : image d'un métier fatigant et difficile	2	5	2	1	4	0	2	2	0	2	1	0	0	0	0	0	7	0	7	0	3	4	0
158 : impact cinématographique négatif	1	2	0	1	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3	1	2	0	0
159 : impact cinématographique positif	9	18	1	9	12	4	8	1	0	1	2	1	4	5	4	3	23	0	26	2	10	15	0
160 : importance de la relation du médecin avec l'argent	5	2	0	7	0	0	4	1	0	0	1	0	0	1	0	0	7	0	7	4	2	1	0
161 : importance de savoir prendre du recul	0	5	0	1	4	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5	0	1	4	0
162 : importance du rôle du médecin	3	3	1	3	2	0	2	0	0	0	3	1	0	0	0	1	5	0	6	1	3	2	0
163 : importance du suivi en médecine générale	1	3	0	3	1	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	1	3	0	4	0	2	2	0
164 : importance du titre de Docteur	8	1	0	6	3	0	7	0	0	0	0	0	2	0	0	0	9	0	9	6	2	1	0
165 : indulgence concernant l'image du médecin hospitalier	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	0	1	1	0
166 : indulgence du patient envers le médecin	4	1	1	3	1	0	0	1	0	1	3	0	0	0	0	0	5	0	5	0	4	1	0
167 : influence le médecin sur la liberté d'expression des patients	1	1	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	2	1	0	1	0
168 : influence négative sur la relation médecin-malade	2	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	2	0	1	1	0
169 : influence négative sur l'acceptation de l'erreur médicale	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
170 : influence négative = patients plus revendicateurs	2	2	0	2	2	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	4	0	4	1	0	3	0

Figure 3: Analyse matricielle des nœuds

	Sexe		Âge				Profession								Lieu d'habitation		Secteur d'activité du médecin		Intérêt pour les fictions médicales				
	Masculin	Féminin	< 25 ans	26 à 40 ans	41 à 60 ans	> 60 ans	enseignant	para-médicaux	agriculteur	sociologue	étudiant	mère au foyer	journaliste	cadre supérieur	retraité	rural	urbain	rural	urbain	plusieurs fois par semaine	une fois par semaine	une fois par mois	moins d'une fois par mois
171 : influence positive sur les vocations futures	0	3	2	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	3	0	2	1	0
172 : influence positive sur la liberté d'expression des patients	4	5	1	5	1	2	4	1	0	0	0	0	1	1	2	0	9	0	9	4	1	4	0
173 : influence positive sur la relation médecin malade	2	2	0	3	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	4	0	4	1	1	2	0
174 : influence positive sur l'acceptation de la maladie	0	5	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5	0	5	0	0	5	0	0
175 : influence positive sur l'acceptation de l'erreur médicale	5	1	0	5	1	0	4	0	0	1	0	0	0	1	0	0	6	0	6	4	0	2	0
176 : influence positive sur le déroulement d'un acte technique	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
177 : Influence sur la relation médecin malade	1	3	0	0	3	1	2	0	0	1	0	0	0	1	0	4	0	4	0	0	4	0	0
178 : intérêt du médecin à défaut du patient	3	3	1	4	1	0	2	1	0	0	3	0	0	0	0	6	0	6	1	4	1	0	0
179 : intérêt marqué	9	22	0	6	20	4	12	0	2	4	2	1	3	2	4	10	20	0	30	0	15	16	0
180 : intérêt pour les sujets médicaux	4	5	0	0	6	1	2	0	0	1	0	0	3	0	1	2	5	0	7	0	5	4	0
181 : intervenant 1	4	22	4	4	22	0	22	0	4	0	4	4	0	0	0	22	4	0	22	0	22	4	0
182 : intervenant 2	4	15	4	15	4	0	4	0	15	0	4	4	0	0	0	4	15	0	15	0	4	15	0
183 : intervenant 3	4	9	9	4	4	0	4	0	4	0	9	4	0	0	0	4	9	0	9	0	4	9	0
184 : intervenant 4	4	10	4	4	10	0	4	0	4	0	4	10	0	0	0	4	10	0	10	0	4	10	0
185 : intervenant 5	27	4	4	27	4	0	4	0	4	0	27	4	0	0	0	4	27	0	27	0	27	4	0
186 : intervenant 6	0	16	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	0	16	0	16	0	0	16	0	0
187 : intervenant 7	38	0	0	38	0	0	38	0	0	0	0	0	0	0	0	38	0	38	38	0	0	0	0
188 : intervenant 8	0	20	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	20	0	20	0	20	0	0	20	0	0
189 : intervenant 9	40	3	0	0	40	0	0	0	0	0	0	40	0	0	0	40	0	40	0	40	3	0	0
190 : intervenant 10	3	16	0	0	16	0	0	0	0	0	0	16	0	0	0	16	0	16	0	3	16	0	0
191 : intervenant 11	0	25	25	0	0	0	0	0	0	25	0	0	0	0	0	25	0	25	0	25	0	0	0
192 : intervenant 12	0	71	0	0	71	0	71	0	0	0	0	0	0	0	0	71	0	71	0	0	71	0	0

Figure 3: Analyse matricielle des nœuds

	Sexe		Âge				Profession								Lieu d'habitation		Secteur d'activité du médecin		Intérêt pour les fictions médicales				
	Masculin	Féminin	< 25 ans	26 à 40 ans	41 à 60 ans	> 60 ans	enseignant	para-médicaux	agriculteur	sociologue	étudiant	mère au foyer	journaliste	cadre supérieur	retraité	rural	urbain	rural	urbain	plusieurs fois par semaine	une fois par semaine	une fois par mois	moins d'une fois par mois
193 : intervenant 13	0	30	30	0	0	0	0	30	0	0	0	0	0	0	0	0	30	0	30	0	30	0	0
194 : intervenant 14	0	37	0	37	0	0	0	37	0	0	0	0	0	0	0	0	37	0	37	0	37	0	0
195 : intervenant 15	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
196 : jargon médical	5	3	0	2	4	0	2	0	0	0	1	0	3	0	0	0	6	0	6	1	4	3	0
197 : manque de performance	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
198 : manque de temps lors de la consultation	3	0	0	2	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3	0	3	1	1	1	0
199 : manque de temps non retrouvé dans les fictions	5	0	0	1	4	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0	5	0	5	0	1	4	0
200 : manque de temps retrouvé dans les fictions	2	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0
201 : médecin = patient difficile à soigner	0	5	1	1	3	0	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	5	0	5	0	2	3	0
202 : médecin = pivot de société	2	5	0	3	3	1	1	0	0	0	1	0	2	2	1	0	7	0	7	0	2	5	0
203 : médecin ami	2	1	0	1	2	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3	0	3	0	1	2	0
204 : médecin arrogant	3	1	0	3	0	1	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	0	4	3	0	1	0
205 : médecin caricatural	7	1	1	3	4	0	0	0	0	2	4	0	2	0	0	0	8	0	8	0	5	3	0
206 : médecin chercheur	3	2	0	1	3	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	1	3	0	4	1	3	1	0
207 : médecin chirurgien	1	9	8	2	0	0	0	8	0	0	2	0	0	0	0	0	10	0	10	0	10	0	0
208 : médecin comme figure emblématique	2	3	0	3	2	0	1	0	0	0	1	0	1	2	0	0	5	0	5	0	2	3	0
209 : médecin comme personnage récurrent	2	1	0	3	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	3	0	3	0	2	1	0
210 : médecin de fiction souhaité	1	4	1	1	3	0	4	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4	0	5	1	2	2	0
211 : médecin de série charismatique	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
212 : médecin fascinant	3	3	0	1	3	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	4	0	4	0	3	3	0

Figure 3: Analyse matricielle des nœuds

	Sexe		Âge				Profession								Lieu d'habitation		Secteur d'activité du médecin		Intérêt pour les fictions médicales				
	Masculin	Féminin	< 25 ans	26 à 40 ans	41 à 60 ans	> 60 ans	enseignant	para-médicaux	agriculteur	sociologue	étudiant	mère au foyer	journaliste	cadre supérieur	retraité	rural	urbain	rural	urbain	plusieurs fois par semaine	une fois par semaine	une fois par mois	moins d'une fois par mois
213 : médecin généraliste ne fait pas rêver	1	7	3	0	5	0	4	3	0	0	0	0	1	0	0	0	8	0	8	0	4	4	0
214 : médecin gynécologue	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
215 : médecin homme	0	2	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	2	0
216 : médecin inhumain	3	2	0	3	2	0	2	0	0	0	3	0	0	0	0	1	4	0	5	0	4	1	0
217 : médecin légiste	2	1	1	2	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	3	0	3	0	3	0	0
218 : médecin non communicant	0	4	1	0	3	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	0	1	3	0
219 : médecin pédiatre	0	2	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0
220 : médecin psychiatre	0	3	2	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	0	3	0	2	1	0
221 : médecin-Dieu	4	5	0	5	4	0	7	0	0	0	1	0	0	1	0	1	8	0	9	3	2	4	0
222 : médecine générale = profession agréable	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
223 : médecin-femme	3	13	1	4	11	0	11	0	0	0	4	0	0	1	0	0	16	0	16	0	4	12	0
224 : médecin-femme dans fictions = plus fortes	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0
225 : médecin-femme dans réalité = plus douces	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0
226 : médecins de film plus fictifs	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
227 : médecins de série plus réels	2	1	0	3	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	3	0	3	0	2	1	0
228 : médecins de séries = hospitaliers	0	3	1	2	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	2	1	0
229 : médecins de séries hospitaliers	0	3	1	2	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	2	1	0
230 : médecins généralistes = film de cinéma	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
231 : médecins hospitaliers font rêver	1	2	2	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	1	2	0	0
232 : médecins hospitaliers plus fictifs	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
233 : mise en valeur des défauts du médecin à l'écran	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	2	0	0	2	0

Figure 3: Analyse matricielle des nœuds

	Sexe		Âge				Profession								Lieu d'habitation		Secteur d'activité du médecin		Intérêt pour les fictions médicales				
	Masculin	Féminin	< 25 ans	26 à 40 ans	41 à 60 ans	> 60 ans	enseignant	para-médicaux	agriculteur	sociologue	étudiant	mère au foyer	journaliste	cadre supérieur	retraité	rural	urbain	rural	urbain	plusieurs fois par semaine	une fois par semaine	une fois par mois	moins d'une fois par mois
234 : modification de la vision du médecin par les patients	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	0	2	0	0	2	0
235 : neutralité du médecin	0	3	2	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	2	1	0
236 : névrosé = qualité du médecin humain	2	3	0	4	1	0	1	0	0	0	0	0	1	3	0	0	5	0	5	1	1	3	0
237 : nomadisme médical	0	3	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3	0	3	0	0	3	0	
238 : pas de connaissance cinématographique	1	7	3	2	3	0	1	3	1	1	1	1	0	0	0	0	8	0	8	0	3	5	0
239 : pas de connaissance télévisuelle	3	4	2	0	4	0	0	2	0	1	0	1	2	0	0	0	6	0	6	0	4	3	0
240 : pas de scénarisation	0	4	0	0	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	0	0	4	0
241 : pas d'influence consciente des fictions sur la relation médecin-malade	5	6	1	4	5	2	2	0	1	2	2	1	1	2	2	1	10	0	10	0	3	8	0
242 : pas d'intérêt	1	4	0	0	5	0	3	0	0	1	0	1	0	0	0	3	2	0	5	0	3	2	0
243 : perte du statut de médecin	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0
244 : peur de la maladie	0	2	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	1	1	0
245 : peur de la mort ressentie par les médecins	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
246 : poids de la hiérarchie socio-professionnelle	4	8	2	3	7	0	6	2	0	1	2	0	1	0	0	0	12	0	12	1	4	7	0
247 : prédominance de médecin en milieu urbain	0	2	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	1	1	0
248 : premier rôle	3	2	0	2	3	0	2	0	0	1	1	1	0	0	0	1	4	0	5	1	2	2	0
249 : présence fréquente des médecins à l'écran	3	9	1	2	8	0	7	0	0	0	1	0	2	1	0	4	7	0	11	1	6	5	0
250 : présence incontournable des femmes médecins à l'écran	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
251 : présence incontournable du médecin	5	7	2	3	6	0	4	0	0	0	4	1	2	0	0	2	9	0	11	1	6	5	0
252 : pression constante dans le quotidien du médecin	4	10	3	3	8	0	6	1	0	2	5	0	0	0	0	0	14	0	14	0	6	8	0
253 : profession envahissante	1	9	2	5	3	0	2	4	1	1	2	0	0	0	0	0	10	0	10	0	6	4	0

Figure 3: Analyse matricielle des nœuds

	Sexe		Âge				Profession								Lieu d'habitation		Secteur d'activité du médecin		Intérêt pour les fictions médicales				
	Masculin	Féminin	< 25 ans	26 à 40 ans	41 à 60 ans	> 60 ans	enseignant	para-médicaux	agriculteur	sociologue	étudiant	mère au foyer	journaliste	cadre supérieur	retraité	rural	urbain	rural	urbain	plusieurs fois par semaine	une fois par semaine	une fois par mois	moins d'une fois par mois
254 : qualité = apprentissage permanent	2	3	0	2	3	0	3	0	0	0	2	0	0	0	0	3	2	0	5	0	5	0	0
255 : qualité = gestion de l'incertitude	0	4	0	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	0	2	2	0
256 : qualité = gestion des échecs	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
257 : qualités et défauts réels des médecins représentés dans la fiction	4	9	1	7	4	1	2	1	1	1	3	2	0	2	1	1	12	0	13	1	4	8	0
258 : relation de confiance entre le patient et le médecin	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0
259 : relation différente du patient avec chirurgien et médecin généraliste	0	3	0	2	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3	0	1	2	0
260 : relation différente médecin de ville et médecin de campagne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
261 : ressemblance annonce du diagnostic réel et fictif	2	0	0	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	1	1	0	0
262 : ressemblance communication médecin fiction et réalité	0	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0
263 : ressemblance démarche diagnostique dans les fictions	6	3	0	4	4	1	2	0	0	3	2	0	0	1	1	1	8	0	9	1	3	5	0
264 : ressemblance fiction et réalité concernant la féminisation de la profession	0	5	1	0	4	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5	0	1	4	0
265 : ressemblance interrogatoire réel et fictif	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
266 : ressemblance médecin de fiction et réalité	4	18	0	12	10	0	8	8	1	0	0	1	3	1	0	0	22	0	22	2	10	10	0
267 : ressemblance trait de personnalité	4	2	1	4	1	0	0	0	0	0	5	1	0	0	0	0	6	0	6	0	4	2	0
268 : rivalité clinique privée et hôpital public	0	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0
269 : rôle de personnage secondaire	1	11	0	6	6	0	7	5	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0	12	1	5	6	0
270 : rôle du médecin accentué dans les séries	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0	2	0	0	2	0
271 : rôle du médecin de campagne	0	13	1	5	7	0	5	5	1	0	0	0	2	0	0	2	11	0	13	0	7	6	0

Figure 3: Analyse matricielle des nœuds

	Sexe		Âge				Profession								Lieu d'habitation		Secteur d'activité du médecin		Intérêt pour les fictions médicales				
	Masculin	Féminin	< 25 ans	26 à 40 ans	41 à 60 ans	> 60 ans	enseignant	para-médicaux	agriculteur	sociologue	étudiant	mère au foyer	journaliste	cadre supérieur	retraité	rural	urbain	rural	urbain	plusieurs fois par semaine	une fois par semaine	une fois par mois	moins d'une fois par mois
272 : rôle du médecin de famille	2	10	0	9	3	0	3	0	7	0	1	0	1	0	0	1	11	0	12	1	2	9	0
273 : savoir du médecin	3	0	0	2	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	3	2	1	0	0
274 : scénarisation	11	20	5	5	21	0	9	4	1	8	4	2	3	0	0	4	27	0	31	1	12	18	0
275 : sélection par le médecin de cas intéressants dans les séries	0	2	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0
276 : sentiment des médecins d'être indispensable	0	5	2	1	2	0	2	2	0	0	1	0	0	0	0	0	5	0	5	0	3	2	0
277 : série addictive	4	7	1	1	6	1	2	0	0	1	1	0	3	1	1	2	7	0	9	0	6	5	0
278 : série ancienne	4	4	0	4	4	0	5	0	1	0	1	0	1	0	0	3	5	0	8	2	5	1	0
279 : série Anthropologues	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
280 : série Body of Proof	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0
281 : série Bones	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
282 : série Desperate Housewife	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
283 : série Downtown Abbey	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
284 : série Dr House	10	13	2	7	10	4	4	4	0	5	3	0	2	1	4	2	21	0	23	1	11	11	0
285 : série Dr Quinn	2	4	0	2	4	0	5	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6	0	6	1	1	4	0
286 : série Dr Sy lvestre	2	3	0	2	3	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	0	5	2	2	1	0
287 : série Elementary	0	2	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	2	0
288 : série Esprits criminels	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
289 : série française	2	3	1	4	0	0	1	2	0	0	2	0	0	0	0	0	5	0	5	1	3	1	0
290 : série Grey's anatomy	7	15	7	10	3	1	5	7	0	0	7	0	1	0	1	2	19	0	21	3	16	3	0
291 : série H	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0
292 : série Hélix	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0

Figure 3: Analyse matricielle des nœuds

	Sexe		Âge				Profession								Lieu d'habitation		Secteur d'activité du médecin		Intérêt pour les fictions médicales				
	Masculin	Féminin	< 25 ans	26 à 40 ans	41 à 60 ans	> 60 ans	enseignant	para-médicaux	agriculteur	sociologue	étudiant	mère au foyer	journaliste	cadre supérieur	retraité	rural	urbain	rural	urbain	plusieurs fois par semaine	une fois par semaine	une fois par mois	moins d'une fois par mois
293 : série Holly wood girls	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
294 : série In Treatment	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
295 : série Intervention	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
296 : série La petite maison dans la prairie	1	3	1	2	1	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	4	0	4	0	2	2	0
297 : série Le Grand patron	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0
298 : série Les enquêtes de Murdoch	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
299 : série médicale = moment de détente	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
300 : série Nip Tuck	3	1	0	3	1	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3	0	4	2	2	0	0
301 : série Nurse Jackie	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0
302 : série Plus belle la vie	0	3	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3	0	3	0	0	3	0
303 : série Private Practice	1	1	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	1	1	0	0
304 : série récente	3	6	0	5	4	0	3	1	1	0	3	1	0	0	0	2	7	0	9	0	6	3	0
305 : série Regenesis	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0
306 : série Scrubs	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0
307 : série Un village français	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0
308 : série Une Femme en blanc	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0
309 : série Urgences	5	8	1	5	7	0	7	0	1	1	4	0	0	0	0	1	12	0	13	1	5	7	0
310 : séries américaines	2	2	1	2	1	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	4	0	4	0	3	1	0

Figure 3: Analyse matricielle des nœuds

	Sexe		Âge				Profession								Lieu d'habitation		Secteur d'activité du médecin		Intérêt pour les fictions médicales				
	Masculin	Féminin	< 25 ans	26 à 40 ans	41 à 60 ans	> 60 ans	enseignant	para-médicaux	agriculteur	sociologue	étudiant	mère au foyer	journaliste	cadre supérieur	retraité	rural	urbain	rural	urbain	plusieurs fois par semaine	une fois par semaine	une fois par mois	moins d'une fois par mois
311 : similitudes entre internes des hôpitaux et personnages de fiction	2	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	0	0	0	
312 : soin = gage de compétence pour le médecin	1	3	2	1	1	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	4	0	4	0	4	0	0
313 : sous-représentation de la médecine générale à l'écran	1	6	1	3	3	0	2	4	0	0	0	0	1	0	0	0	7	0	7	0	5	2	0
314 : spécialités féminines	0	2	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0	
315 : spectateur plus exigeant envers les médecins hospitaliers	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
316 : spectateur plus exigeant envers les médecins	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
317 : spectateur plus indulgent avec médecin généraliste	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
318 : super-médecin	6	15	2	10	9	0	10	5	0	0	0	0	3	3	0	2	19	0	21	4	9	8	0
319 : suspens	2	4	0	1	5	0	2	0	0	2	0	1	0	1	0	2	4	0	6	0	2	4	0
320 : thème chirurgie esthétique	2	1	0	2	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3	0	3	1	1	1	0
321 : thème comics	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	
322 : thème comique	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
323 : thème Horreur – Épouvante	6	0	0	6	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	6	0	6	0	6	0	0	
324 : thème médecine générale	0	3	0	1	2	0	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3	0	3	0	0	
325 : thème médecine légale	2	6	2	4	2	0	2	4	0	0	2	0	0	0	0	8	0	8	0	6	2	0	
326 : thème policier	0	3	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	3	0	

Figure 3: Analyse matricielle des nœuds

	Sexe		Âge				Profession								Lieu d'habitation		Secteur d'activité du médecin		Intérêt pour les fictions médicales				
	Masculin	Féminin	< 25 ans	26 à 40 ans	41 à 60 ans	> 60 ans	enseignant	para-médicaux	agriculteur	sociologue	étudiant	mère au foyer	journaliste	cadre supérieur	retraité	rural	urbain	rural	urbain	plusieurs fois par semaine	une fois par semaine	une fois par mois	moins d'une fois par mois
327 : thème sciences fiction - fantastique	0	2	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	2	0	0
328 : urgentiste = 1ère image du médecin de série	3	0	0	2	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	3	2	1	0	0
329 : vie en communauté - en groupe	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
330 : vie privée des médecins non détaillée à l'écran	0	3	0	0	3	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	3	0	0	3	0	0
331 : vie privée et professionnelle intriquée chez les médecins fictifs	3	15	4	5	8	1	6	1	0	1	6	0	1	2	1	1	17	0	18	0	8	10	0

Figure 3: Analyse matricielle des nœuds

3.4.2. Analyse matricielle des ensembles

	Sexe		Age				Profession								Lieu d'habitation		Secteur d'activité du médecin		Intérêt pour les fictions médicales				
	Masculin	Féminin	<25 ans	de 26 à 40 ans	de 41 à 60 ans	>60 ans	Enseignant	Para-médical	Agriculteur	Sociologue	Etudiant	Mère au foyer	Journaliste	Cadre Sup.	Retraité	Rural	Urbain	Rural	Urbain	plusieurs fois par semaine	une fois par semaine	une fois par mois	moins d'une fois par mois
Le médecin Prophète	71	90	13	65	80	3	67	18	3	9	16	3	30	12	3	12	149	0	161	29	67	65	0
La Belle Personne	43	97	17	55	63	5	54	22	3	3	22	3	16	12	5	6	134	0	140	13	60	67	0
La Vilaine Personne	27	42	10	37	19	3	22	16	3	1	14	1	6	3	3	65	4	0	69	11	37	21	0
La maladie à l'écran	26	46	6	26	33	7	19	9	2	4	8	3	14	6	7	7	65	0	72	7	34	31	0
Le médecin malade	11	24	4	17	11	3	12	6	0	0	8	0	3	3	3	1	34	0	35	4	18	13	0
La Consultation	23	22	5	13	23	4	11	6	0	10	5	0	6	3	4	1	44	0	45	4	16	25	0
La Profession	47	129	31	60	79	6	60	34	10	8	31	5	19	3	6	11	165	0	176	13	83	80	0
Le médecin compétent dans sa profession	27	76	12	28	58	5	46	16	3	3	10	1	13	6	5	14	89	0	103	5	50	48	0
La relation médecin-malade	57	101	11	61	73	13	46	15	8	15	20	4	21	16	13	17	141	0	158	13	64	81	0

Figure 4: Analyse matricielle des ensembles

À partir des données de la matrice, nous avons réalisé une analyse quantitative afin de déterminer les caractéristiques des populations en fonction des différents thèmes retenus lors de l'analyse axiale.

Par soucis de clarté, nous avons effectué un histogramme pour chacun des neuf thèmes abordés en fonction des caractéristiques socio-démographiques.

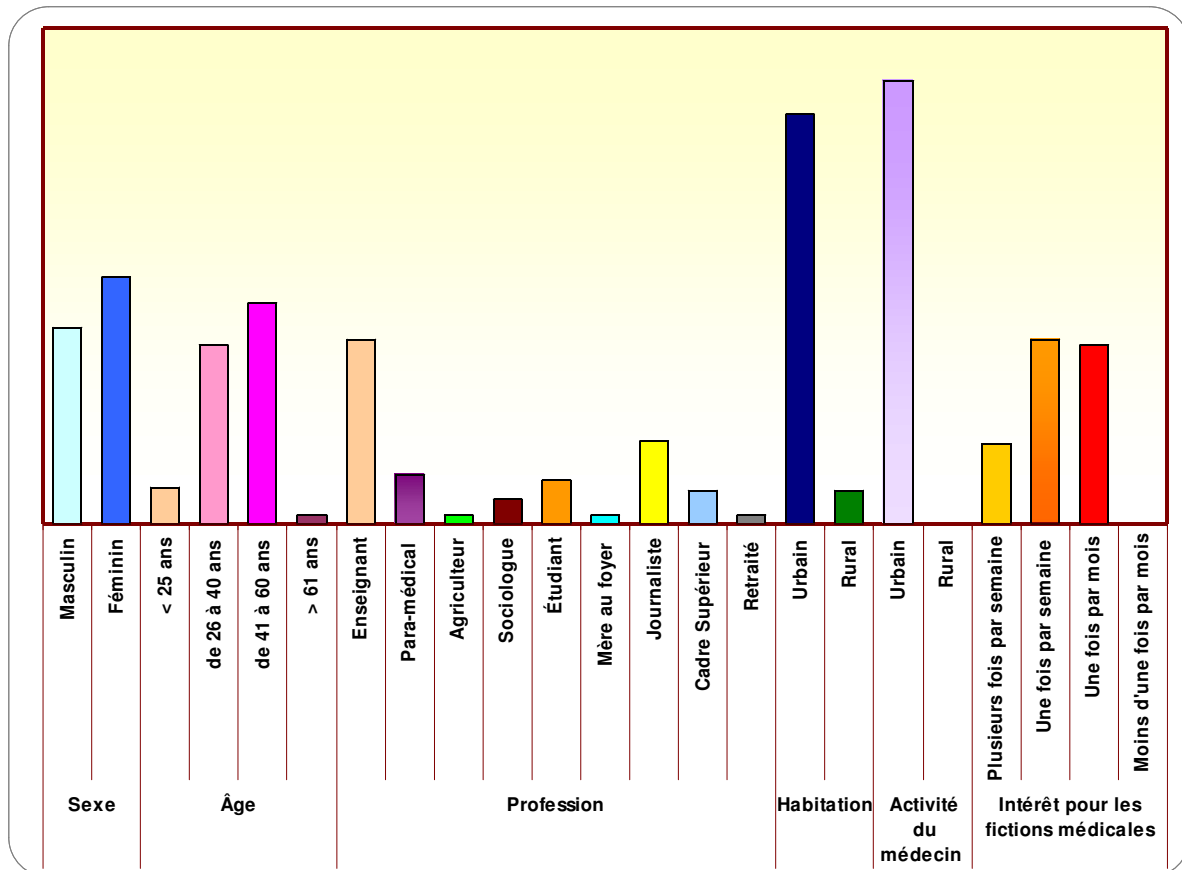


Tableau 1: Le Prophète

Le thème du « **Prophète** » a été souligné préférentiellement par des femmes, âgées de 41 à 60 ans. Cette notion a été citée par des enseignants et journalistes. La plupart des participants ayant abordé ce thème résidaient en milieu urbain. La totalité avait un médecin généraliste exerçant en ville. Enfin, la majorité regardait les fictions médicales de façon mensuelle.

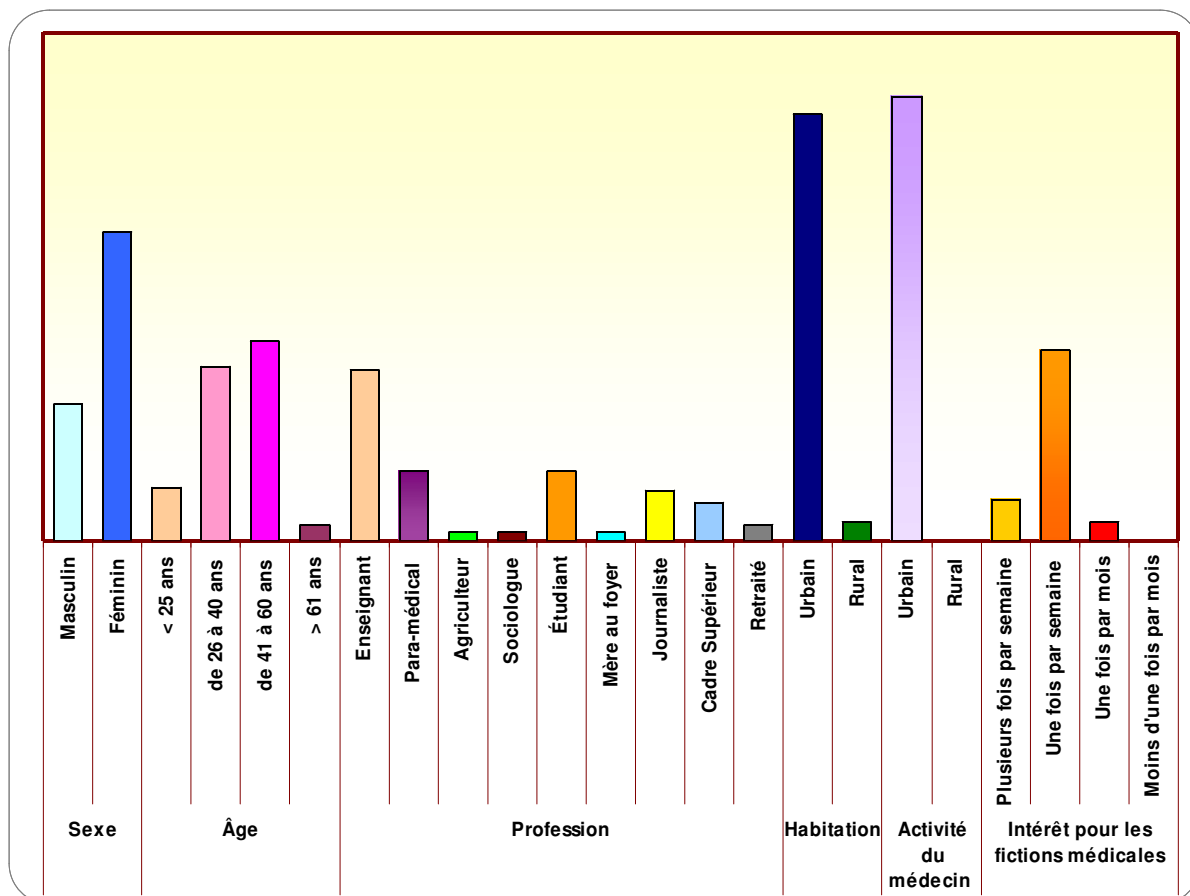


Tableau 2: La Belle Personne

Le thème de la « **Belle Personne** » a été souligné préférentiellement par des femmes, âgées de 26 à 60 ans. Cette notion a été plébiscitée par les enseignants, les para-médicaux et les étudiants. La majorité des participants ayant abordé ce thème résidaient en milieu urbain. La totalité avait un médecin généraliste exerçant en ville. Enfin, la plupart regardait les fictions médicales de façon hebdomadaire.

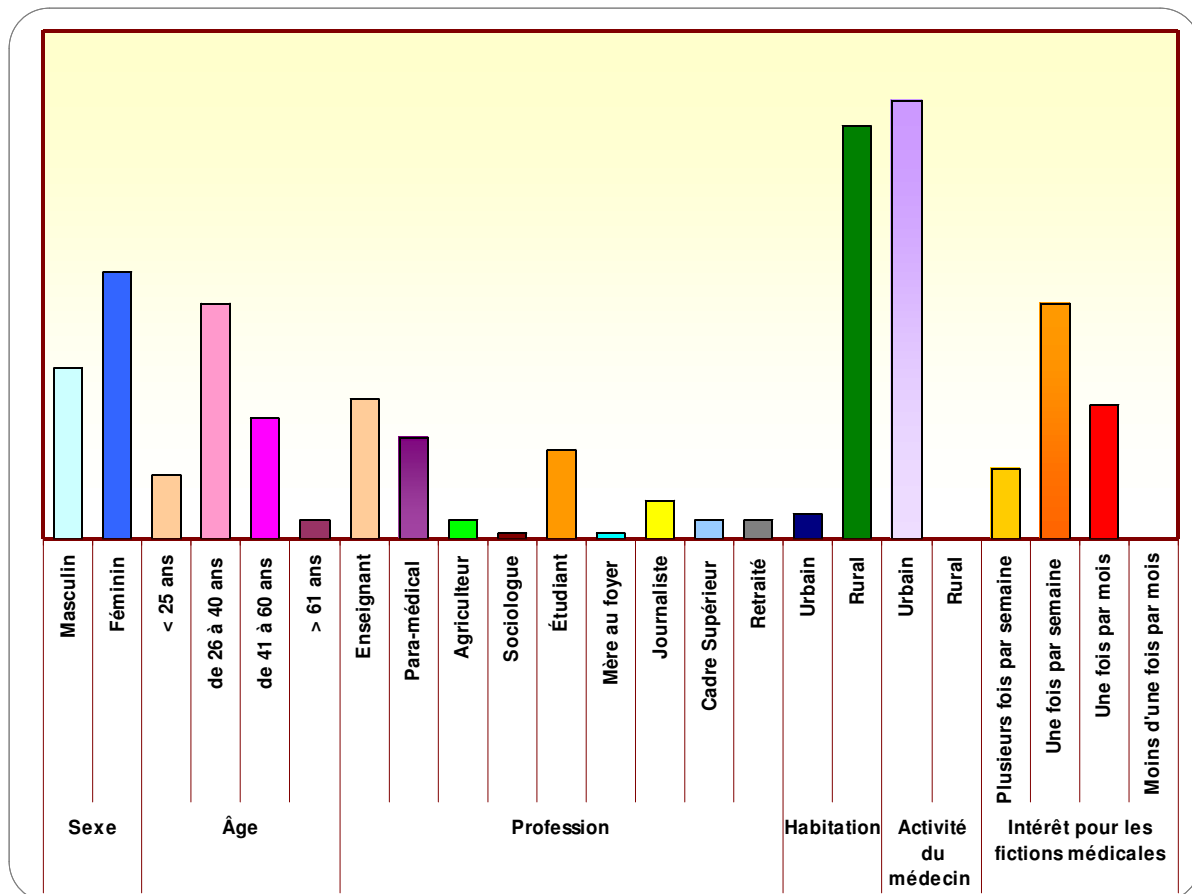


Tableau 3: La Vilaine Personne

Le thème de la « **Vilaine Personne** » a été souligné préférentiellement par des femmes, âgées de 26 à 40 ans. Cette notion a été détaillée par les enseignants, les para-médicaux et les étudiants. La majorité des participants ayant abordé ce thème résidait en milieu rural. La totalité avait un médecin généraliste exerçant en ville. Enfin, la plupart regardait les fictions médicales de façon hebdomadaire.

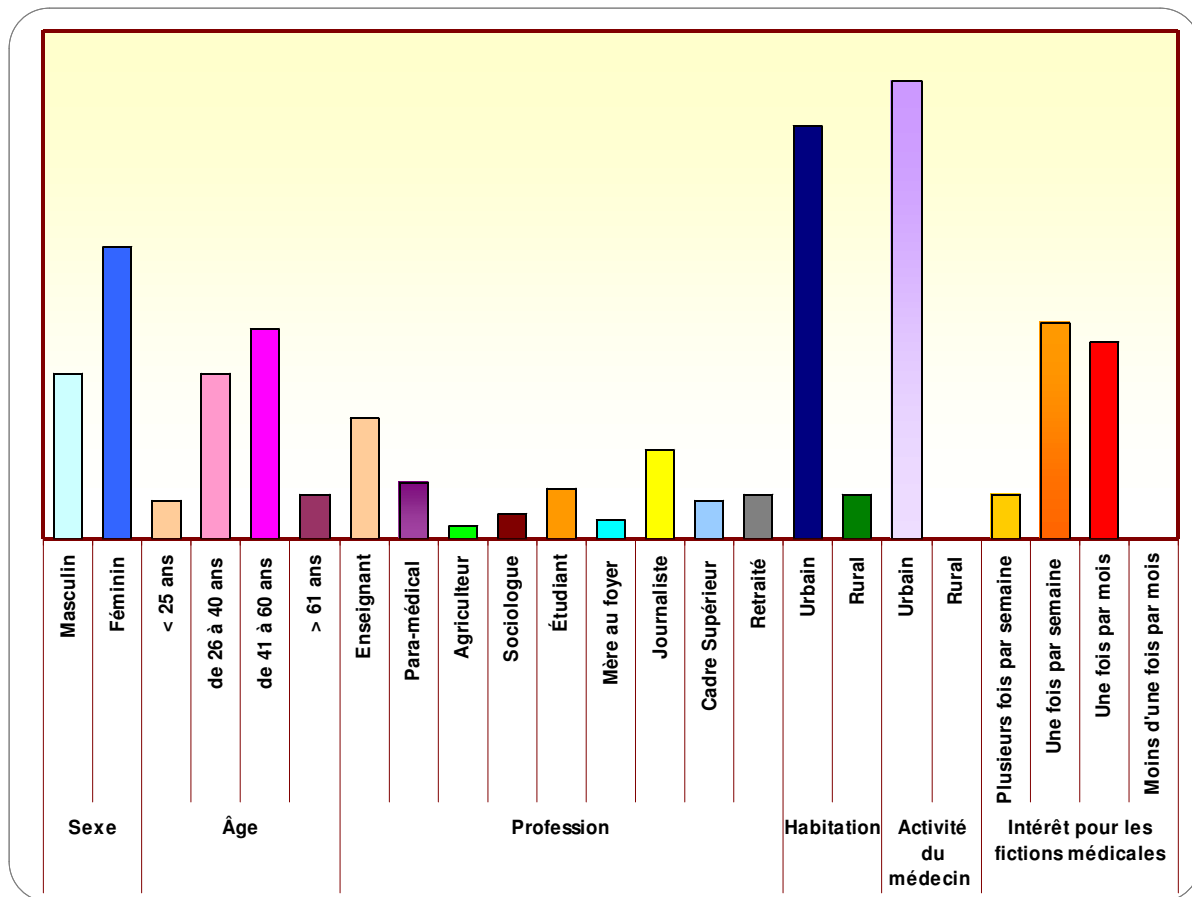


Tableau 4: La Maladie à l'écran

Le thème de la « **Maladie à l'écran** » a été souligné préférentiellement par des femmes, âgées de 41 à 60 ans. Cette notion a été abordée par les enseignants et les journalistes. La majorité des participants ayant abordé ce thème résidait en milieu urbain. La totalité avait un médecin généraliste exerçant en ville. Enfin, la plupart regardait les fictions médicales de façon hebdomadaire ou mensuelle.

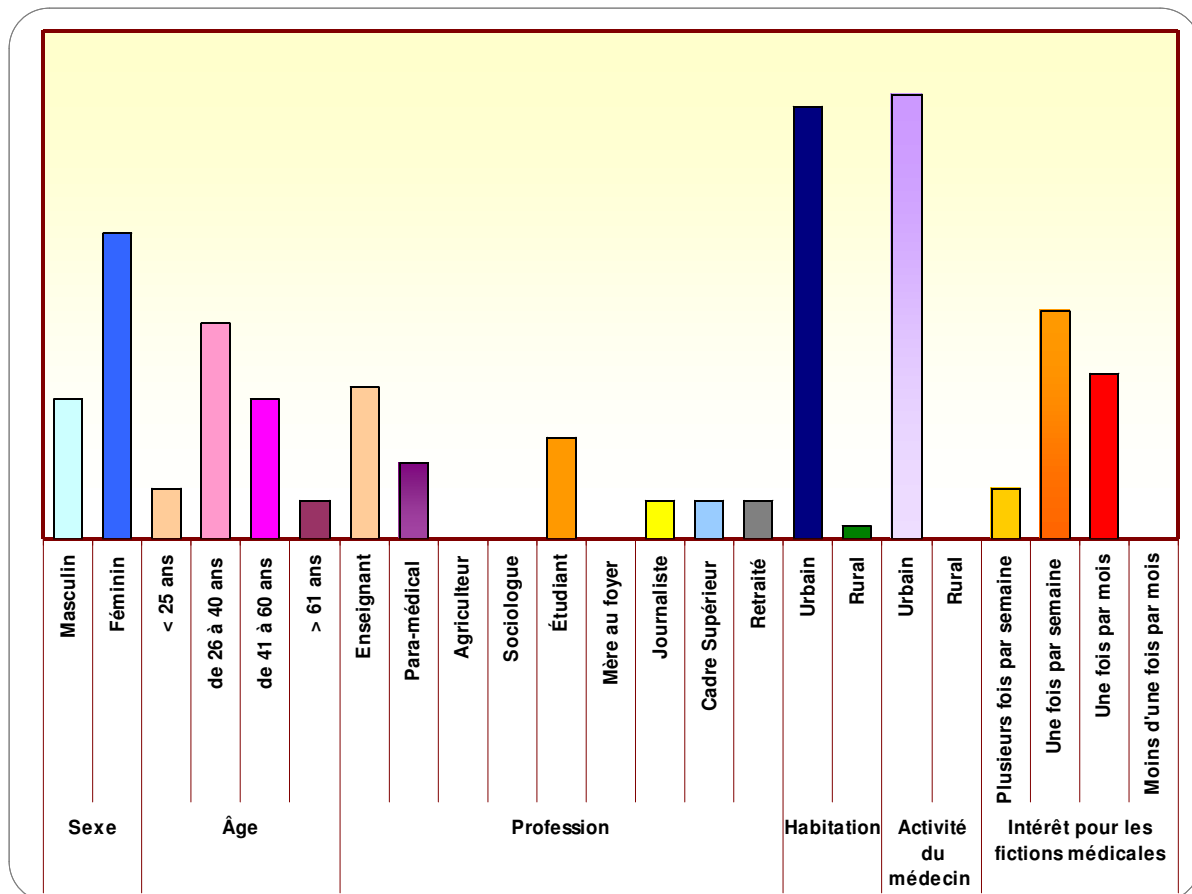


Tableau 5: Le Médecin Malade

Le thème du « **Médecin Malade** » a été souligné préférentiellement par des femmes, âgées de 26 à 40 ans. Cette notion a été citée par les enseignants, les para-médicaux et les étudiants. La majorité des participants ayant abordé ce thème résidait en milieu urbain. La totalité avait un médecin généraliste exerçant en ville. Enfin, la plupart regardait les fictions médicales de façon hebdomadaire.

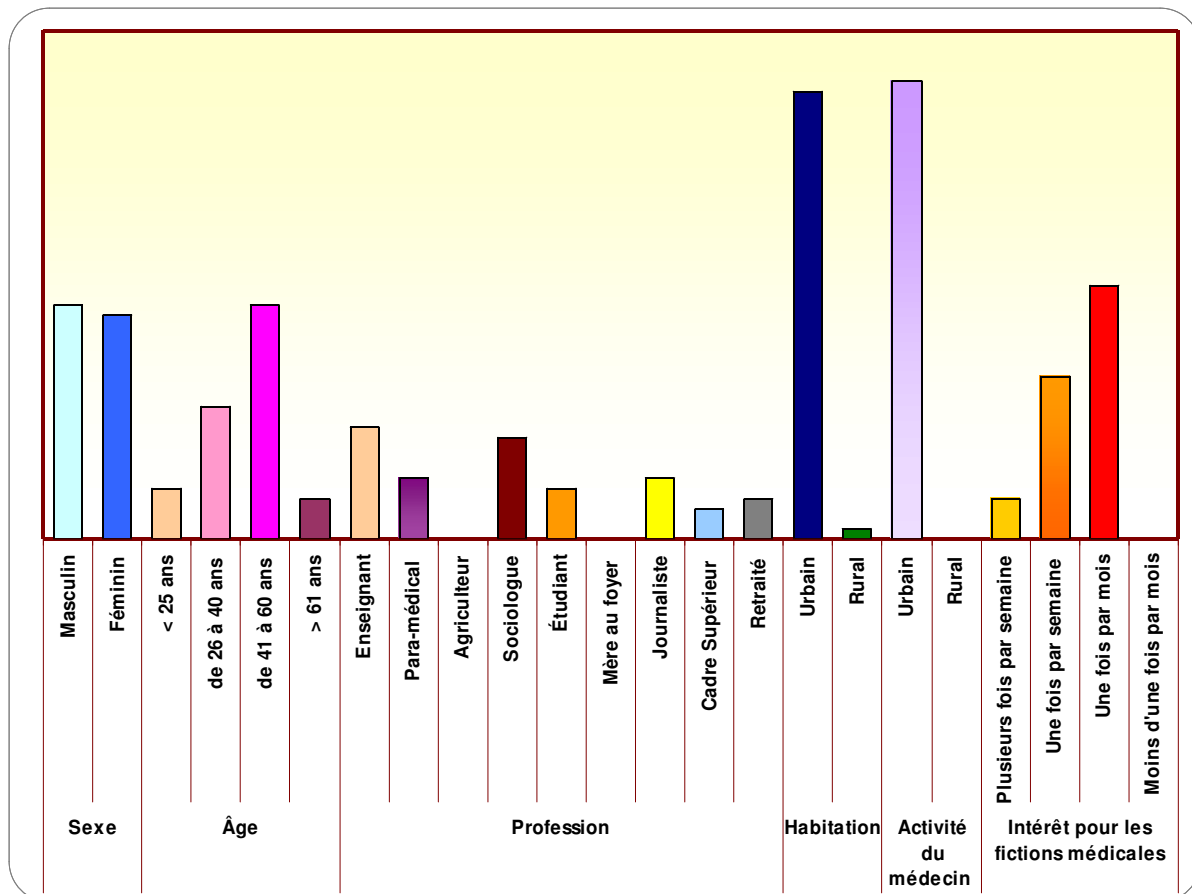


Tableau 6: La Consultation

Le thème de la « **Consultation** » a été débattu par les participants âgés de 41 à 60 ans sans distinction de sexe. Cette notion a été soulignée préférentiellement par les enseignants et les sociologues. La majorité des participants ayant abordé ce thème résidait en milieu urbain. La totalité avait un médecin généraliste exerçant en ville. Enfin, la plupart regardait les fictions médicales de façon mensuelle.

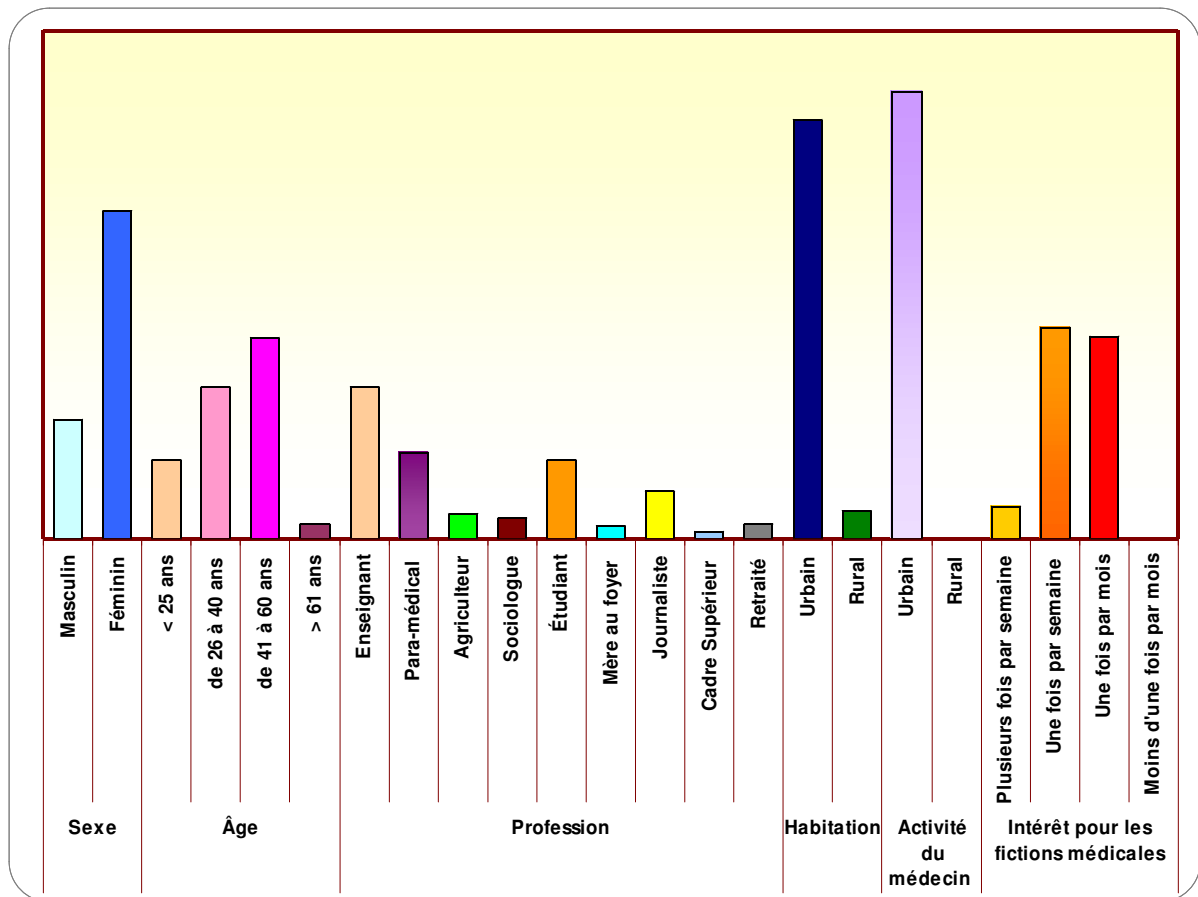


Tableau 7: La Profession

Le thème de la « **Profession** » a été souligné préférentiellement par des femmes, âgées de 41 à 60 ans. Cette notion a été plébiscitée par les enseignants, les para-médicaux et les étudiants. La majorité des participants ayant abordé ce thème résidait en milieu urbain. La totalité avait un médecin généraliste exerçant en ville. Enfin, la plupart regardait les fictions médicales de façon hebdomadaire voire mensuelle.

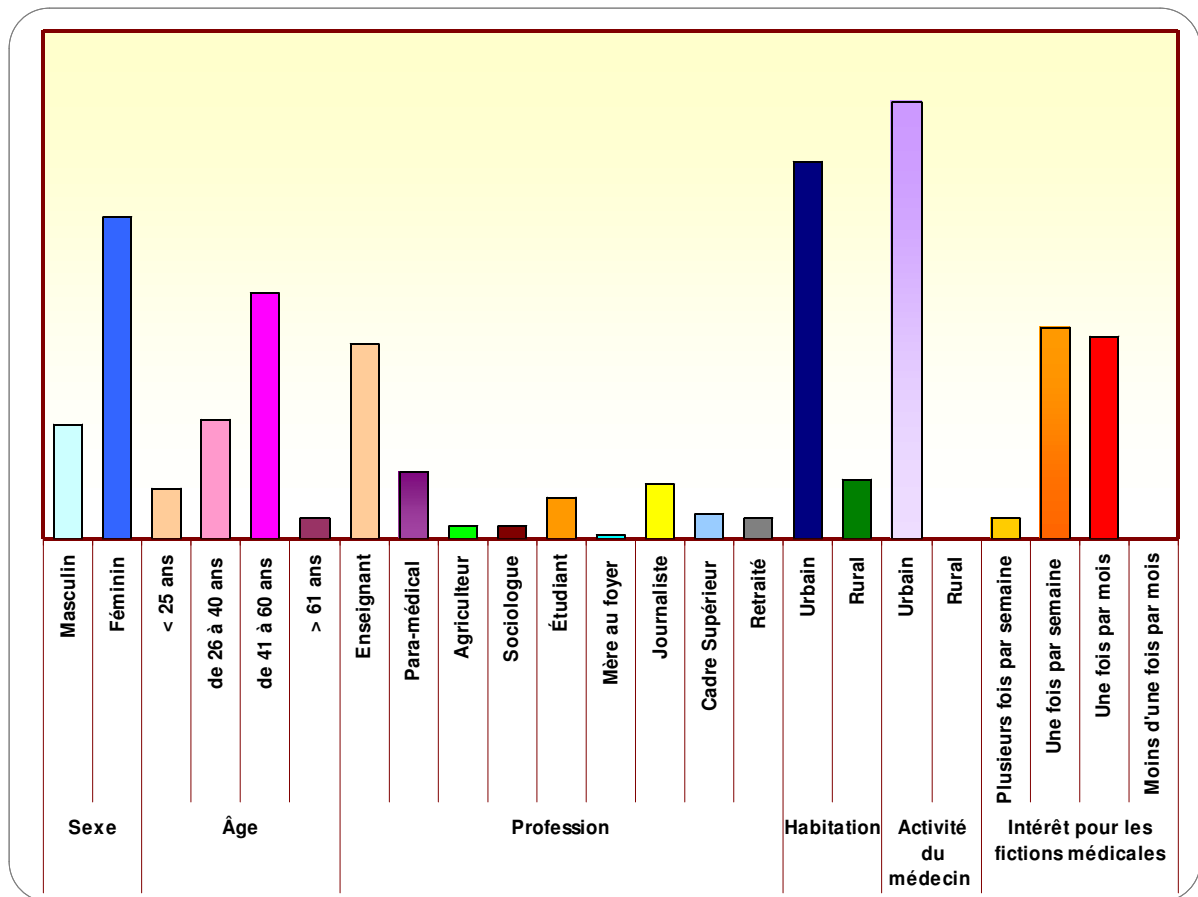


Tableau 8: Le Médecin Compétent

Le thème du « **Médecin Compétent** » a été abordé préférentiellement par des femmes, âgées de 41 à 60 ans. Cette notion a été discutée par les enseignants, les para-médicaux et les journalistes. La plupart des participants ayant souligné ce thème résidait en milieu urbain. La totalité avait un médecin généraliste exerçant en ville. Enfin, la plupart regardait les fictions médicales de façon hebdomadaire ou mensuelle.

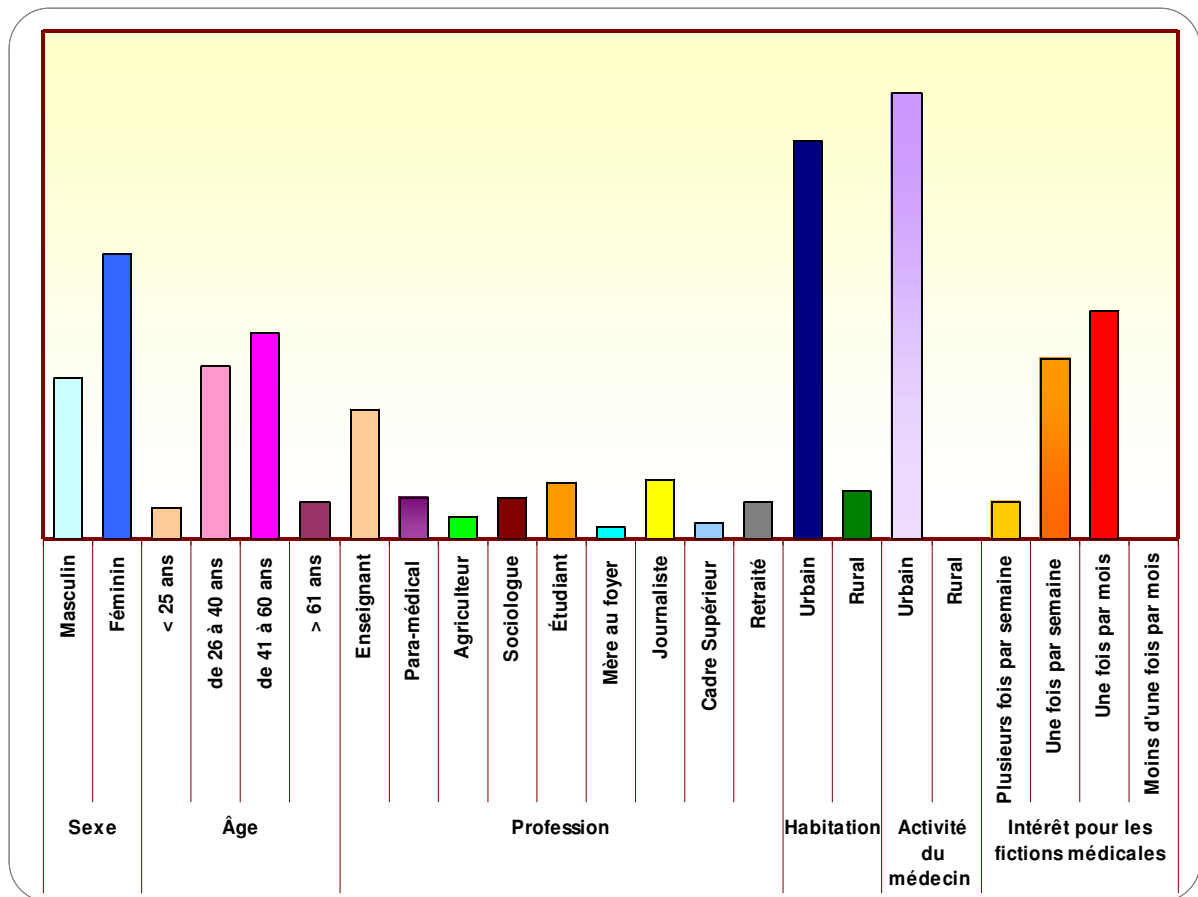


Tableau 9: La Relation Médecin-Malade

Le thème de la « **Relation Médecin-Malade** » a été souligné préférentiellement par des femmes, âgées de 41 à 60 ans. Cette notion a été plébiscitée par les enseignants, les étudiants et les journalistes. La plupart des participants ayant abordé ce thème résidait en milieu urbain. La totalité avait un médecin généraliste exerçant en ville. Enfin, la plupart regardait les fictions médicales de façon mensuelle voire hebdomadaire pour certains.

4. Discussion

4.1. Validité interne

Cette étude présente tous les biais inhérents aux études qualitatives [21]. Il nous a paru nécessaire d'identifier et d'expliquer ces différents biais. En effet, comme le précisait Blanchet : « *la reconnaissance d'un biais n'est pas la marque de l'invalidité d'une méthode mais au contraire la condition pour que cette méthode atteigne un statut scientifique* » [24].

Les critères d'inclusion étaient simples. Tous les participants devaient avoir un suivi médical et résider dans le département de la Haute-Vienne. Ainsi, tous patients sans restriction d'âge, de profession, de lieu d'habitation, etc... ont pu être inclus dans l'étude. Au vu de la diversité des patients inclus, nous pouvons considérer que cela a été source d'hétérogénéité de l'échantillon. Dans le cas de notre étude, l'hétérogénéité des points de vue et des ressentis semblaient nécessaires voire indispensables au bon déroulement des *focus group*.

Il existe néanmoins un biais de sélection puisque tous les participants étaient volontaires. Il n'y a pas eu de tirage au sort, cette méthode était inenvisageable pour notre étude. On peut supposer que les patients ayant accepté de participer étaient, soit intéressés par le cinéma voire cinéphiles, soit habitués à côtoyer des médecins . Le nombre important de non-réponses et de refus de participation illustre bien ce risque. Les motifs allégués étaient souvent le manque de temps, l'impossibilité de se déplacer au-delà d'une certaine heure le soir et très rarement un désintérêt pour le sujet ou une absence totale de connaissances et de choses à dire sur le sujet.

La faible taille de l'échantillon et son mode de sélection empêche toute représentativité de la patientèle française. Comme toute étude qualitative, les données ne sont pas extrapolables. Cependant, la distribution de l'échantillon en terme d'âge, de sexe, de profession, de lieu d'habitation, d'activité médicale du médecin traitant ... semblait similaire à celle de la population cible. Le taux de patients résidant en rural est plus faible dans notre population d'étude. Étant donné que les *focus group* ont eu lieu à la faculté de Limoges, cela a certainement facilité la participation de patients urbains habitant à proximité.

Contrairement à une étude quantitative où les étapes d'inclusion et d'analyse sont dissociées dans le temps, en étude qualitative, le recueil de données est concomitant avec

l'analyse des données. De plus, cette analyse de données définit l'arrêt des inclusions à saturation. Nous n'avons donc pas eu à calculer le nombre de sujets nécessaires.

Nous pouvons supposer qu'il existe un biais d'intervention. En effet, lors des entretiens, l'animateur pouvait être amené à intervenir pour faire préciser certains propos ou pour recentrer le débat sur le sujet. Ces interventions ont pu entraîner des conséquences indésirables. Le risque était de diriger le dialogue et l'interprétation à partir de nos propres opinions. Nous avons tenté de limiter les interventions de l'animateur au maximum afin de ne pas orienter les débats.

Une autre limite est le changement d'animateur en cours d'étude, entre le 1er et le 2ème *focus group*. Néanmoins, l'impact est minime puisque le guide d'entretien était identique. De plus, tous les participants ont pris la parole à tour de rôle sans nécessité de les solliciter outre mesure.

Des biais d'informations sont également présents. En effet, toutes les données sont déclaratives ce qui rend possible une part de mensonge ou d'omission. Cependant, les échanges paraissaient honnêtes et spontanés. La majorité des idées a été retrouvée dans les 3 groupes et dans l'entretien semi-dirigé. Sur les 289 codes, 150 sont ressortis dans les différents groupes, 76 dans 2 *verbatim*s et 63 dans un seul.

Le système *focus group* a pour avantage de permettre de dynamiser les échanges et favoriser les associations d'idées. Cependant, le principal risque est le risque de non-dit par peur du regard des autres et par peur d'un éventuel jugement concernant ses opinions.

Lors de la transcription, le risque d'erreur n'est pas négligeable. Pour limiter au mieux ces biais méthodologiques, nous avons utilisé plusieurs supports d'enregistrement. Les échanges n'ont pas été incompréhensibles dans la globalité. Cependant, malgré notre volonté de rester neutre et objectif lors de la retranscription, il se peut que nous ayons interprété inconsciemment les propos et réflexions des patients.

Les biais d'interprétation sont indissociables de la méthode qualitative. Nous avons tenté de limiter au maximum la subjectivité par la triangulation du codage du *verbatim* par trois investigateurs en aveugle pour la première partie et par deux investigateurs en aveugle pour les parties suivantes. Il n'a pas été observé de réelle discordance dans la corrélation des codages. Nous avons choisi un codage ouvert, ce qui a permis une interprétation très libre du *verbatim*. Il ne faut pas oublier que les résultats sont des tendances et non des données statistiques. Il convient donc d'étudier avec précaution les données de l'analyse

matricielle pour lesquelles les effectifs de chaque catégorie étaient minimes. La puissance s'en voit donc automatiquement diminuée.

Plusieurs critères de qualité et de rigueur ont été définis en méthode qualitative, permettant ainsi de s'assurer de la validité et de la pertinence d'une étude qualitative. Nous avons essayé au mieux de respecter ces critères de qualité [26].

Avant tout, en constituant un échantillon de manière aléatoire et en sélectionnant des patients d'âge et de caractéristiques divers, nous avons minimisé les risques de biais de sélection d'un échantillon constitué par simple convenance ou trop uniforme. Nous avons assuré la fiabilité de l'analyse des données, en effectuant une retranscription minutieuse des entretiens et en fournissant [dans le chapitre « *Méthodes* »] une description et une explication du processus d'analyse. Enfin, nous avons limité les biais potentiellement liés à une présentation « confuse » des résultats, en indiquant les citations en italique et en mettant en évidence nos principaux résultats par des caractères gras. La présentation adoptée permet au lecteur de distinguer le plus rapidement possible les données « brutes » [27] de l'interprétation.

Une recherche est dite pertinente lorsqu'elle apporte des connaissances ou augmente le degré de confiance accordée à une connaissance déjà établie[26]. Ainsi définie, notre recherche est pertinente. D'une part, cette étude semble apporter des informations sur les influences des représentations cinématographiques et télévisuelles du médecin sur la relation médecin-malade. De plus, nous pouvons remarquer que les débats étaient riches et variés. D'autre part, ce travail a abouti à des résultats homogènes, malgré la diversité des patients et de leurs caractéristiques. Enfin, tous les participants aux différents entretiens ainsi que les patients sollicités n'ayant pas pu participer à l'étude, ont formulé la demande systématique de connaître les résultats de l'étude, cet argument signe la pertinence de l'étude.

4.2. Principaux résultats de l'étude

A partir des résultats extraits du *verbatim*, des lignes principales se dégagent. Les éléments ci-dessous contribuent à répondre à notre problématique. Ils permettent de déterminer si les fictions médicales à travers les représentations cinématographiques et télévisuelles du médecin à l'écran, influencent le patient-spectateur et par conséquent la relation médecin-malade qui en découle. La plupart des arguments sont ambivalents. Ils

peuvent être ressentis comme des freins ou des moteurs à la relation médecin-malade selon le point de vue du patient-spectateur et le rapport initial entretenu avec le médecin.

Il nous a semblé nécessaire de revenir sur l'image mystique du médecin. En effet, de nombreux participants lors de l'étude, ont insisté sur la notion de médecin **Prophète** mais aussi sur la comparaison du médecin à un **sorcier**, un **Dieu** ou un **super-héros**. Nous allons alors tenté de discuter ces différentes notions.

Une majorité des patients-spectateurs ont évoqué le caractère humain du médecin. Cependant, une question a été soulevée : "**Le médecin est-il un homme comme les autres ?**". Le médecin semble être une allégorie de la dualité entre le Bien et le Mal, entre le Bon et le Mauvais tout en maintenant son statut d'homme respecté et respectable.

La Relation Médecin-Malade a été au centre de toutes les discussions de notre étude, preuve de son importance capitale selon les patients-spectateurs. La consultation et la distance médecin-malade ont été particulièrement détaillées. De plus, les fictions médicales semblent avoir un intérêt thérapeutique.

Les influences des fictions médicales sur la relation médecin-malade ont été décrites à plusieurs échelles : les mécanismes d'influence de l'art cinématographique, les connaissances médicales du patient-spectateur et la représentation de la profession par les patients.

Enfin, nous avons pu observer que le médecin généraliste occupait une place indispensable dans l'opinion publique. Selon les patients-spectateurs, **le médecin généraliste ne semble pas être un médecin comme les autres**.

4.3. Validité externe

4.3.1. Le médecin : un prophète, un sorcier, un Dieu ou un super-héros?

Au fil de notre étude, nous avons pu remarquer l'importance du statut de médecin au sein de la cité. Cependant, il semble que les patients-spectateurs considèrent le médecin comme investi d'un pouvoir inné mais aussi involontaire. Le médecin incarne alors à lui-seul la dernière chance et parfois le dernier espoir de toute une population. Si l'on considère que

le médecin possède un pouvoir inné qu'il s'agisse d'un pouvoir de connaissances, de guérison voire de conviction, cela revient à considérer qu'il est plus qu'un être humain. Ainsi, nous pouvons constater qu'aux yeux de la population et à travers les représentations cinématographiques et télévisuelles, le médecin devient un être magique. Cependant, incarne-t-il l'image d'un prophète, d'un sorcier, d'un Dieu descendu sur terre pour sauver l'humanité ou encore celle d'un super-héros ?

4.3.1.1. Un prophète ?

Le terme *prophète* dérive du mot grec προφήτης [profétès], signifiant "docteur, interprète de la parole divine". En latin, il désigne une personne qui tient, d'une inspiration que l'on croit être divine, la connaissance d'événements à venir et qui les annonce par ses paroles ou ses écrits. Le prophète s'oppose au devin en ce qu'il n'est pas fataliste ; il intervient pour ceux qui l'écoutent, change leur vision et leur comportement; il fonde sa connaissance de l'avenir sur l'interprétation d'indices ou de signes concrets. Le prophète se dit au service et mû par la divinité, il va souvent à l'encontre de l'opinion de ses concitoyens. « *Il forme ainsi un contre-pouvoir, forme d'antidote à l'embourgeoisement institutionnel* » [29]. Dans les différentes religions, le prophète incarne, avec le roi, le sorcier ou le prêtre, l'élu ayant reçu le « *mana* », c'est-à-dire la puissance, certains traits de son activité l'apparentent aux devins, aux magiciens, aux derviches, aux chamanes, etc...

Cette définition semble correspondre à la description du médecin recueillie lors des *focus group*. En effet, le septième art, à travers les fictions médicales, véhicule l'image d'un médecin infallible qui ne connaît pas les incertitudes. De plus, le médecin semble être doté d'un pouvoir de conviction, permettant ainsi de convaincre les patients du bien-fondé de son diagnostic, de ses prescriptions, etc... Le médecin arrive donc à influencer le patient par ses propos, par son attitude et par son statut. De plus, le médecin, à la manière du prophète, incarne celui qui annonce à l'avance un événement par l'observation et l'analyse rationnelle. Cette observation est fondée sur la réalisation d'un interrogatoire et d'un examen clinique méticuleux, moment privilégié de la consultation et tant apprécié par les patients. Le médecin devient « *ce prophète, avec son gros bon sens, son cynisme, appelant les choses par leur nom sans faire de sentiment et sans se laisser tromper par des théories préconçues ou leurrer par des idées générales, parlant au jour le jour en bon lutteur, sans jamais perdre de vue la Terre et le destin des Hommes* » [30]

4.3.1.2. Un sorcier ?

Nous pouvons nous demander si la médecine et la sorcellerie sont deux notions totalement incompatibles. En effet, un sorcier est une personne qui pratique la sorcellerie. Même si l'image du sorcier est très variable selon les cultures, le sorcier, à la différence de l'image de la sorcière chevauchant son balai et terrorisant les enfants, est dans le monde occidental principalement associé au voyant ou au chamane, véritable spécialiste de la communication avec les puissances de la nature et les défunts. Le sorcier incarne un personnage récurrent de l'imaginaire contemporain, à travers les contes, les romans, les films et les masques des fêtes populaires.

Lors des différents échanges, il a été abordé avec ferveur les notions de médecine conventionnelle représentée par le digne médecin et les techniques de guérison parallèles incarnées par les sorciers, guérisseurs et autres charlatans. Cela suscite alors une interrogation sur le statut de la preuve dans les sciences. En effet, « *la guérison ne prouve rien. Le but de guérison poursuivi par la médecine ne suffit pas à faire la différence entre pratique rationnelle et pratique de sorcellerie. L'impératif de rationalité et la dénonciation du sorcier deviennent en ce sens solidaire : le sorcier est défini comme celui qui revendique ses guérisons pour preuve* » [31]. Le médecin devient alors un subtil mélange entre sorcellerie et connaissances scientifiques. En effet, les patients semblent accepter ce côté obscur, mystérieux et secret inhérent au médecin, permettant ainsi d'accroître son influence. Cependant, le cinéma aime mettre en scène les opposés et les contraires, en insistant sur les différences. De nombreux exemples de guérisseurs ou de charlatans rivalisent avec les praticiens à l'écran. Le guérisseur, littéralement qui guérit et le charlatan qui usurpe le titre de médecin, sont des figures récurrentes à l'écran car ils représentent les adversaires de la médecine conventionnelle. Cette médecine populaire exercée par les guérisseurs et autres charlatans fascine les populations qui y prêtent un caractère magique voire mystique. Il est donc difficile de définir le statut du médecin par rapport à ces sorciers.

Ainsi, bien que le médecin et le sorcier soient jugés différents, nous pouvons constater qu'il existe dans l'opinion publique des similitudes. En effet, le médecin a pour vocation de guérir comme le guérisseur, prescrit des remèdes à la manière des charlatans et a recours à des termes compliqués à la manière des incantations des sorciers.

4.3.1.3. Un Dieu ?

"*Dieu*" est un concept philosophique ou religieux décrivant un être ou une force suprême dirigeant l'univers. Principe fondateur dans les religions monothéistes, Dieu est l'être suprême, unique, transcendant, universel, créateur de toutes choses, doté d'une perfection absolue, constituant le principe de salut pour l'humanité. Comme entité philosophique, Dieu est le principe d'explication et d'entité de l'univers.

La comparaison du médecin à Dieu est courante dans l'opinion publique. En effet, le médecin, selon le patient, est doté de talents qui le placent au-delà du simple génie. Quel que soit son champ d'action, le médecin maîtrise toutes les disciplines médicales et peut outrepasser les lois de la nature à la manière d'un Dieu absolu déguisé en médecin. Ainsi, nous pourrions considérer que sous la blouse blanche du médecin se cache un Dieu prenant forme humaine comme Zeus ou Hermès dans la mythologie. Qu'il incarne le Dieu unique ou une divinité du Panthéon, le médecin renvoie une image de toute puissance, symbole divin de l'omniscience. Les fictions médicales ont souvent établi des corrélations entre les médecins et les divinités. Cependant, même si la comparaison semble d'un premier abord glorieuse et élogieuse, il peut se cacher des critiques à peine masquées. Ainsi le médecin peut être comparé à un être quasi-divin par ses compétences médicales, mais aussi par sa beauté divine voire par son égo sur-dimensionné. Certains patients influencés par les fictions médicales, seront amenés à considérer leur médecin comme de véritables incarnations divines. Cependant, il ne faut pas considérer que cette perception de médecin-Dieu ne concerne que les patients. En effet, les médecins eux-mêmes sont susceptibles d'être confrontés à ce sentiment de toute puissance. Comme l'affirme Martin Winckler, « *le problème quand on devient médecin est qu'on a le sentiment, dont il faut se départir très vite, qu'on peut devenir Dieu. Or, les médecins ne sont pas Dieu. Ils ne peuvent pas empêcher les gens d'être malades. Ils peuvent seulement les écouter, les accompagner, les soulager, les rassurer, les conseiller. Mais ils ne peuvent pas toujours changer leur vie* » [32] .

Ainsi, pouvons-nous extrapoler que la seule différence entre Dieu et un médecin est que Dieu ne se prend pas pour un médecin.

4.3.1.4. Un super-héros ?

Le terme "*super-héros*" désigne un type de héros fictif que l'on retrouve principalement dans les comics ou dans les adaptations télévisuelles ou

cinématographiques. Un super-héros est en général un justicier se distinguant par des capacités hors du commun, lesquelles dérivent le plus souvent de pouvoirs surhumains ou surnaturels. Un super-héros possède au moins deux des quatre caractéristiques suivantes : des capacités extraordinaires (force physique surhumaine, rapidité hors du commun, résistance à la douleur et à la souffrance, etc) communément appelées *super-pouvoirs* ; un équipement lui permettant de rivaliser avec des êtres dotés de super-pouvoirs et d'accomplir des exploits *a priori* surhumains; une double identité : celle d'une personne normale et celle secrète de super-héros et enfin le port, dans le cadre de ses aventures, d'un costume distinctif qu'il abandonne quand il reprend ses activités d'individu ordinaire.

Au vu des ces éléments, pouvons-nous considérer que le médecin puisse être un authentique super-héros ? A la différence des représentations médicales précédentes, le super-médecin n'a rien de divin ou de mystique ; il incarne la suprématie de la science sur la société. Le cinéma ou la télévision nous offre une multitude de super-héros possédant des qualités médicales tel que « Docteur Justice » ou le « Doc Savage », véritable praticien polyvalent à la fois médecin, chimiste, explorateur, astronome, expert en méditation transcendantale... Cependant, certains médecins fictifs ou réels peuvent incarner de véritables super-médecins. En effet, comme la plupart des patients de notre étude l'ont souligné, le médecin joue un rôle de justicier. De plus, nous pouvons envisager que le médecin possède un super-pouvoir, cette capacité hors du commun à résister à la douleur et à la souffrance de ses patients afin de pouvoir les prendre en charge avec la plus grande neutralité. Le médecin bénéficie d'un équipement reconnaissable entre tous , véritable symbole de son art: le stéthoscope. Cet appareil permet au médecin de tenter de se surpasser dans sa pratique médicale. De même, le médecin possède deux identités : la personne ordinaire et le Docteur en médecine. Enfin, le médecin n'est rien sans sa blouse blanche, véritable cape du super-docteur.

Ainsi, nous pouvons conclure que tout médecin possède une part de super-héros en lui.

De plus, il nous semble intéressant de remarquer que cette image mystique du médecin a été citée essentiellement par des professions dites "intellectuelles". En effet, ce concept de médecin « Prophète », comme nous l'avons souligné dans l'analyse matricielle, a été discuté lors des *focus group* par des enseignants et des journalistes. Ces deux professions sont classiquement considérées comme des professions de réflexion, de raisonnement mais aussi des professions d'influence. Les enseignants apportent le savoir à leurs élèves alors que les journalistes apportent la connaissance du monde à la population générale par l'intermédiaire de leurs articles. La majorité des enseignants et des journalistes de notre étude a considéré le médecin comme un véritable prophète. Comme nous venons

de le dire, ce concept englobe le côté mystique du médecin mais aussi son impact et son influence sur la société de par le statut de sa profession. Il semble donc cohérent que des patients exerçant une profession influente au sein de la société telle que l'enseignement ou le journalisme soient attentifs à l'influence de l'image du médecin sur la population générale; le médecin incarne depuis toujours un des piliers de la société, de la même manière que l'enseignant d'ailleurs.

4.3.2. Le médecin est-il un homme comme les autres ?

« Être médecin, ce n'est pas un métier, c'est une sorte de malédiction ». C'est avec ce slogan en toile de fond que la comédie « Hippocrate » a séduit plus d'un million de spectateurs en Septembre dernier. A l'opposé, Baymax, infailible assistant médical robotisé dans « Les Nouveaux Héros » de Disney, nous offre une vision ultra-positive de la médecine moderne. Ainsi, au cinéma ou dans les séries, la représentation de l'homme en blanc oscille toujours entre ces antipodes de cauchemar et de rêve.

4.3.2.1. La dualité entre le bien et le mal

Notre étude a permis de mettre en lumière deux caractéristiques antagonistes du médecin. En effet, ce dernier incarne dignement l'image de la « Belle Personne » mais peut tout à fait revêtir les traits d'une « Vilaine Personne » odieuse et machiavélique. Nous avons pu remarquer que la profession médicale, profession tant admirée par la population, peut conduire à l'accomplissement du meilleur des hommes comme à l'avènement du pire criminel. Ainsi, le cinéma nous offre à travers la représentation du médecin, une métaphore de la dualité de l'être humain, en perpétuel équilibre entre le bien et le mal, le bon et le mauvais. Le personnage de médecin se prête remarquablement à cette symbolique, mettant en scène de manière représentative le combat permanent entre le *Ça* et le *Surmoi* énoncé par Freud. Ainsi, l'exemple du Dr Jekyll n'est qu'une exacerbation d'une dualité, d'une schizophrénie latente, catalysée par une substance servant de pont entre les deux versants d'une sorte de double personnalité naturelle à l'être humain.

Le médecin, incarnation de la « Belle Personne » est avant tout un être humain, dévoué aux autres, n'hésitant pas à délaisser sa famille pour le bien-être de ses patients et devenant au fil du temps un confident voire un ami pour ses patients. Ainsi, au-delà de la relation thérapeutique unissant le médecin à son patient, le médecin peut devenir un ami ou un proche pour le patient ce qui modifie la relation établie et la dévie quelque peu de la sphère thérapeutique vers la sphère amicale. De plus, un médecin semble être qualifié de

« Belle Personne s'il se donne corps et âme à son art, ce qui sous-entend une disponibilité sans limite et par conséquent le sacrifice de la vie privée et notamment familiale. Bien que les fictions médicales négligent volontairement la vie personnelle des médecins afin de majorer cette notion de « Belle Personne », la désintégration familiale semble inhérente à la profession et il semble que cette constatation soit une réalité dans la vie des médecins réels.

Néanmoins, derrière ces qualités humaines sans égal, il ne faut pas considérer que cette notion de « Belle Personne » ne concerne que les compétences médicales ou sociales du médecin. En effet, nous avons pu remarquer que la présentation ou l'aspect physique du médecin est un critère de choix pour les patients-spectateurs. Ainsi, l'image du médecin, jeune, beau, au sourire éclatant et charmeur, au corps de rêve sans oublier l'indispensable stéthoscope autour du cou ne représente pas uniquement un mythe. Le sourire du beau médecin semble dissoudre toutes les difficultés et représenter l'une des meilleures armes du praticien. Cette image incarne à elle-seule l'influence du médecin sur les patients. Ainsi, derrière ce mythe du beau médecin au sens premier du terme se cache une réalité bien réelle. Les patients attendent alors du médecin réel qu'il incarne cette perfection tant physique que professionnelle.

Cependant, l'image du médecin peut être si parfaite qu'elle en devient exaspérante. Il en découle un sentiment de jalousie responsable d'envie et générateur de critique. Le médecin devient alors une « Vilaine Personne ». Les patients décrivent ce médecin comme étant caractériel, imbu de lui-même, n'hésitant pas à humilier et rabaisser les autres pour tenter d'asseoir sa supériorité. Il s'agit d'un médecin aux mille défauts, intéressé par l'argent, les femmes, le pouvoir mais ne manifestant aucun intérêt pour ses patients et encore moins pour leur santé. L'intérêt du médecin est alors différent de l'intérêt du patient et se fait d'ailleurs souvent à défaut du patient. À côté de cette image de médecin dénué de qualités, la « Vilaine Personne » fait aussi référence à ces médecins tristement célèbres qui ont marqué la mémoire populaire par leurs agissements en matière de crime, de meurtre, de manipulation ou toutes autres machinations illégales. Le cinéma a su les mettre en lumière à la manière du « Dr Petiot » par exemple. En résumé, qu'il s'agisse d'un médecin aux multiples défauts ou d'un médecin flirtant avec le crime, la vilaine personne incarne dans tous les cas un médecin inhumain.

Lors de l'analyse matricielle, nous avons observé que le concept de « Belle Personne » avait été souligné majoritairement par les femmes, ce qui ne semble pas être un résultat étonnant. En effet, comme nous venons de le voir, la désignation « Belle Personne » englobe à la fois l'aspect professionnel et physique du médecin. Les publicités télévisuelles,

de magazines ou sur Internet vantent la beauté parfaite. Il semble donc logique que le médecin, professionnel de santé, idéalisé à l'extrême, ressemble à ces gravures de mode. Actuellement, les articles inondent Internet de classement des « *Plus beaux médecins* » et font des corrélations entre médecins réels et médecins fictifs en évoquant « *une épidémie de médecins sexy dans les séries !* » [33]. Afin d'interpeller au maximum le patient-spectateur et plus particulièrement la gent féminine, le casting de ces médecins fictifs est savamment réalisé et des surnoms évocateurs sont même attribués à ces magnifiques médecins comme Dr Mamour pour le Dr Sheperd et Dr Glamour pour le Dr Sloan dans « *Grey's Anatomy* ». Les patientes-spectatrices semblent donc plus sensibles et réceptives au charme de ces Apollon médicaux que les patients-spectateurs. Il faut néanmoins remarquer qu'actuellement les hommes-médecins à l'écran et notamment dans les séries semblent plus idéalisés que les femmes-médecins dans ces mêmes séries. Nous devons néanmoins souligner que ces séries médicales télévisuelles étaient initialement conçues pour un public ciblé : les femmes ! Il est donc logique que ce concept de « Belle Personne » soit cité essentiellement par des femmes. Le concept de « Vilaine Personne » a plus été souligné par des femmes dans notre étude. Cependant, la différence entre hommes et femmes est bien moins significative que pour la « Belle Personne ». Un autre élément a attiré notre attention lors de l'analyse matricielle concernant la notion de « Vilaine Personne ». Nous avons remarqué que ce thème était récurrent chez les patients résidant en milieu rural. Ainsi, il semble que l'image du médecin ait une connotation plus péjorative en milieu rural qu'en milieu urbain. Nous n'avons pas réellement trouvé de raison permettant d'expliquer ces résultats, à l'exception d'une différence de fonctionnement entre médecine rurale et médecine urbaine, notamment en terme de prise de rendez-vous.

De plus, cette comparaison entre la Belle et la Vilaine Personne questionne la définition intrinsèque de ce qu'est un être humain et si le médecin est un être humain comme les autres. Le philosophe Francis Wolff aime affirmer que, « *partant de l'hypothèse que la science prouve que l'homme est un animal comme les autres, cela prouve que l'homme n'est pas un animal comme les autres parce que seul il dispose d'un moyen de connaissance infallible, la science* » [34]. Ainsi, le médecin, homme de sciences et de savoir est bien un être humain à part entière. Selon Emmanuel Ethis, « *le médecin étudie la mécanique du corps, dans la quête de l'immortalité et de la maximisation de nos qualités* » [35]. Dès lors qu'il est question d'immortalité ou d'éternité, le raccourci entre médecin et figure du savant maléfique est réalisé. Depuis toujours, le cinéma dépeint les médecins comme des savants maléfiques bien décidés à abuser de leur science pour imposer leur domination sur le monde. « Derrière ce ressort scénaristique, il y a l'idée que la science est synonyme de force, mais pas de progrès puisqu'elle conduit à l'assujettissement des

individus » précise Emmanuel Ethis [35]. Le cinéma fantastique s'en est souvent servi pour représenter des scientifiques voulant imposer leur vision totalitaire à l'image du « *Dr Jekyll et Mr Hide* », du « *Docteur Frankenstein* » ou encore du médecin qui souhaite par tous les moyens recréer le visage de sa fille dans « *Les Yeux Sans Visage* ». Comme nous avons pu le constater, les attributs bénéfiques que l'on reconnaît habituellement aux médecins sont inversés. Le médecin se transforme en créateur outrepassant sa fonction et voué à la folie ou à la mort" [36]. Nous pouvons alors identifier dans ce genre cinématographique une série de syndromes médicaux à part entière: le syndrome de Frankenstein ou la volonté de créer la vie, le Syndrome de Faust ou la volonté de prolonger la vie éternellement, le Syndrome de Mabuse ou la volonté d'exterminer la vie ou encore le Syndrome de Jekyll ou la volonté de percer les secrets les plus enfouis de l'homme.

Actuellement, les avancées de la recherche scientifique tendent à faire passer la Science de la menace à la solution pacifique des problèmes de la société. Ainsi, le visage du médecin se modifie allant de l'incarnation du mal à l'incarnation du savant de la santé. La science-fiction contribue à cette évolution de la représentation cinématographique et contribue à donner une image positive de la profession médicale et du médecin en particulier. En effet, ce genre cinématographique offre des rôles modestes aux docteurs humains, cependant quand il apparaît, il symbolise le progrès de technologies et de la science médicale du futur et permet de rendre plus crédible et de dédramatiser cet avenir imaginé. Les studios Disney nous ont récemment proposé une version idéalisée de la médecine de demain à travers « *Les Nouveaux Héros* ». Ce film d'animation nous fait découvrir Baymax, robot médical gonflable prêt à tout pour soigner son patient, affirmant tout au long du film « *Bonjour, je suis Baymax, votre assistant personnel médicalisé. Je me désactiverai lorsque vous m'aurez dit que vous êtes satisfait de mes soins...* ». Bien qu'idéalisé, cette fiction ne semble pas très éloignée de la réalité puisque c'est au Quality Of Life Technology Center, le laboratoire de recherche de l'Université Carnegie Mellon de Pittsburgh, que l'idée de ce personnage a germé. « *Je tenais à ce que le film soit le plus crédible possible, explique le réalisateur Don Hall. Lors de ma visite au QoLT, l'équipe du professeur Chris Atkeson travaillait sur un prototype de soft robot en vinyle gonflable, une matière plus douce que le métal et plus proche de la matière vivante...* » [37] Et en effet, le robot soigneur n'a plus grand-chose d'une machine. Comme l'affirme le sociologue Emmanuel ETHIS, « Baymax étant un robot, il devrait être déshumanisé. Mais c'est pratiquement le personnage le plus humain du film car il dialogue avec ce que nous avons de plus intime en reliant notre état émotionnel et notre état de santé. ». Cependant, même si ces médecins-robots possèdent des qualités humaines que certains médecins bien réels ne possèdent pas ou ne possèdent plus, nous pouvons extrapoler que

l'avènement de ces médecins-robots en tout genre, représente une métaphore de la destruction progressive de la relation médecin-malade actuelle consécutive à la disparition de la dimension humaine du médecin.

4.3.2.2. La dualité entre le bon et le mauvais

Les fictions médicales essayent de fournir aux patients-spectateurs une réponse à la question : "qu'est ce qu'un bon médecin ?". Le cinéma ou la télévision tentent de donner des pistes de réflexion aux patients-spectateurs permettant de différencier un bon médecin d'un mauvais médecin. Il est alors cohérent que les patients appliquent ces critères aux médecins qu'ils rencontrent dans la vraie vie.

Grâce aux fictions médicales, on comprend que ce n'est pas celui qui sait soigner, car il existe des traitements pour cela. Le bon médecin, c'est celui qui saura interpréter le plus finement les signes pour établir son diagnostic comme le faisaient nos ancêtres sans examens complémentaires... Ainsi, les patients affirment qu'un bon médecin est avant tout un médecin clinicien. Comme nous l'avons déjà précisé, les patients soulignent l'importance de l'examen clinique. Contrairement à ce que nous pouvons penser, les patients apportent plus d'intérêt à un examen clinique méticuleux qu'à la réalisation d'une batterie d'examens complémentaires. Cette constatation est cependant surprenante puisqu'il est courant actuellement de voir en consultation des patients réclamant à cor et à cris des examens complémentaires invasifs et parfois inutiles.

Le médecin se doit alors de faire correspondre les signes et les symptômes. La série médicale américaine « *Dr House* » a poussé à son paroxysme cette volonté, cette série met en scène ce médecin ronchon, aux antipodes de la notion du bon médecin conventionnel selon l'opinion publique, qui soigne d'abord ses patients à coup de listes sur tableau blanc. Le Dr House se livre à un jeu de correspondance d'une précision sans faille, sans même interroger ou examiner le patient ce qui remet en cause toutes les recommandations de bonnes pratiques médicales. Cependant, bien que la façon d'agir du Dr House laisse à désirer, son raisonnement médical a permis de sauver la vie d'un vrai patient en Allemagne en Février 2014. « *L'équipe médicale de la clinique de Marbourg s'était souvenu des conclusions fictives du médecin dans l'épisode 11 de la saison 7 pour résoudre un cas d'insuffisance cardiaque liée à un empoisonnement au cobalt* » affirme Charlotte BLUM. [35].

Cet exemple nous amène à réfléchir sur l'impact des fictions médicales sur le corps médical et notamment sur les cas cliniques traités. A travers cet exemple, nous pouvons discuter de l'intérêt clinique de ces fictions. En effet, notre étude tend à rechercher s'il existe une

influence des séries sur le patient-spectateur, cependant il se peut qu'il y ait une influence sur le médecin. Les fictions médicales utilisent la plupart du temps des cas réels ou du moins proches d'une certaine réalité clinique. Ainsi, il semble logique que les thérapeutiques entreprises et les prises en charge soient réalistes et adaptées. Les médecins réels ont donc la possibilité d'identifier certains patients ou certaines pathologies dans les séries ou films médicaux. Ces derniers retracent le plus souvent des cas complexes et ces cas peuvent interroger les médecins dans la vraie vie. Ainsi, les fictions médicales pourraient représenter une aide à la réflexion et surtout une aide à la résolution des cas complexes de la vraie vie. Ces fictions contribuent alors à rendre le médecin réel meilleur et donc d'autant plus compétent.

Ainsi, selon les patients, un bon médecin est un médecin compétent. Lors des différents échanges, les patients ont insisté sur les différentes compétences du médecin. Selon les patients, le médecin est un être compétent dans plusieurs champs d'action ; en effet, il est compétent en sémiologie mais aussi en psychologie et en sociologie. La compétence médicale est dans l'esprit des patients synonyme de performance. Cependant, la compétence se définit comme une qualité professionnelle qui se décline en savoirs (connaissances), savoir-faire (pratiques) et savoir-être (comportements relationnels). La compétence est acquise et mise en œuvre pour remplir les tâches qui sont attendues par la profession. Elle se distingue en cela du potentiel qui serait une compétence en devenir. La performance désigne un exploit, un résultat ou une réussite remarquable obtenue dans un domaine particulier, par une personne. Ainsi, le médecin se doit d'être compétent dans le domaine médical mais sa performance reste incertaine. Pour cela, le code de déontologie précise que le médecin a une obligation de moyens, ce qui équivaut à une obligation de compétence et non une obligation de résultat et donc de performance. Ces deux notions semblent difficilement dissociables par les patients car à l'écran, les médecins fictifs sont à la fois compétents et performants en toute situation, cette représentation idéalisée des capacités médicales biaise obligatoirement la vision que les patients ont de leur médecin.

Nous nous sommes rendus compte que la plupart des compétences du médecin généraliste était retranscrites à l'écran et que de ce fait, les patients-spectateurs étaient en mesure de les reconnaître et de les définir. Ainsi, la marginalité des compétences est mise en valeur par les fictions médicales. Nous avons donc pu identifier lors de l'analyse des *verbatim*, la majorité des compétences fondamentales du médecin généraliste. Les patients-spectateurs ont abordé spontanément les compétences suivantes : l'approche centrée sur le patient, l'approche globale, le suivi et la coordination des soins, l'urgence et le premier recours et enfin la communication et la relation de confiance. Certaines

compétences semblent néanmoins avoir une charge symbolique plus importante que d'autres. Ainsi, les patients retiennent préférentiellement la capacité du médecin à gérer l'urgence et donc à incarner le premier recours. Le médecin est donc vu comme le sauveur, prêt à intervenir dans une situation de péril imminent. La deuxième compétence est l'approche centrée sur le patient, la relation et la communication qui en découle. Comme nous avons pu le voir lors des différents groupes, les patients apportent une attention toute particulière à la communication et à la relation de confiance avec leur médecin généraliste. Ainsi, une approche centrée sur le patient est un élément indispensable à une relation médecin-malade de qualité. De la même manière, les patients ont conscience de l'importance du suivi et de la coordination des soins. Le rôle du médecin de famille suivant des familles sur plusieurs générations a longuement été discuté lors des groupes illustrant l'importance de ce statut de médecin de famille dans la société. Parmi les six compétences du médecin généraliste, les patients-spectateurs ont accordé moins d'importance à la notion de professionnalisme et à la notion d'éducation et de prévention. Le professionnalisme est la capacité à assurer l'engagement envers la société et les personnes et à répondre à leurs attentes. Nous pouvons nous demander si cette notion n'est pas trop abstraite pour les patients. De plus, il faut remarquer qu'elle n'est pas réellement mise en valeur à l'écran ce qui permet de considérer que seules les compétences mises en scène dans les fictions médicales et clairement identifiables à l'écran sont repérables et retenues par les patients-spectateurs, ce qui rajoute un argument en faveur de l'influence positive des fictions sur les patients. En ce qui concerne les notions de prévention et d'éducation thérapeutiques, il est évident que les médecins de fiction sont loin d'exceller dans la matière ! Il est très rare de voir un médecin de fiction délivrer un message de prévention ou une information concernant les effets indésirables d'un traitement, etc... Alors que la prévention et l'éducation thérapeutique sont au centre de la prise en charge médicale actuelle et siègent en tête des recommandations de bonnes pratiques de l'HAS, les fictions médicales semblent les ignorer totalement. Les médecins fictifs ne sont pas les derniers pour montrer aux patients les mauvaises habitudes, en effet, il est courant de voir à l'écran des scènes où les médecins boivent à outrance, fument sans limite, mangent n'importe quoi, ne dorment pas suffisamment, etc... Même si dans la vraie vie, les médecins ne sont pas toujours des exemples parfaits, il faut espérer qu'ils insistent sur les conseils de prévention. Il paraît important de souligner que cette dernière compétence, à la différence des précédentes, nécessite une participation active du patient. En effet, le patient se doit d'être observant, d'être coopérant à la prise en charge, se doit de respecter les règles ou conseils divulgués par le médecin. En raison de la potentielle contrainte que cela représente pour les patients, il se peut qu'ils aient inconsciemment négligé cet aspect de la profession et qu'ils n'aient pas

retenu les quelques allusions des médecins fictifs à l'écran.

En étudiant la matrice des ensembles, un élément a attiré notre attention. Nous avons constaté que le concept de « Médecin compétent » était cité préférentiellement par les enseignants et les professionnels de santé. Les enseignants sont garants d'un savoir et dotés de compétences ; il semble logique qu'ils prêtent attention à cette caractéristique professionnelle. Les professionnels de santé, quant à eux, sont au centre de la prise en charge thérapeutique et mettent quotidiennement leurs compétences au service des patients. Il est donc tout à fait cohérent que cette notion de compétence du médecin, pierre angulaire de la profession, ait été plébiscitée par le corps médical et paramédical lors de notre étude.

4.3.2.3. Le médecin : un homme respecté et respectable

Malgré leurs différences parfois très marquées, l'immense majorité des médecins de fiction rencontrés possèdent tous un point commun selon les patients-spectateurs: ils appartiennent à la classe des grands hommes, notables respectés et influents de la société actuelle. Le médecin apparaît alors comme un personnage crucial, véritable clé de voûte indispensable au bon fonctionnement sociétal. Nous nous sommes rendu compte que dans l'opinion publique, la profession médicale était synonyme de prestige et d'autorité; et que les fictions médicales retranscrivaient parfaitement ce préjugé.

Cependant, cette image du médecin respecté et respectable n'a pas toujours été le cas. A l'exception des médecins égyptiens vénérés et idolâtrés, les médecins notamment à l'Ère Gréco-romaine ont longtemps été relégués au dernier plan. En effet, la profession de médecin n'était pas reconnue comme une profession prestigieuse et digne d'intérêt puisqu'elle était considérée comme un travail manuel et non un travail intellectuel. Ainsi, les médecins grecs, pour la plupart du temps esclaves, étaient maltraités et délaissés au profit des sorciers ou autres savants. La profession médicale fit finalement entendre sa voix par l'intermédiaire du grand Gallien et du célèbre Hippocrate, considéré comme le père de la médecine moderne. Au Moyen-Age, l'Europe, sous le joug de l'Église catholique, juge la médecine comme science occulte et profanatrice; les médecins sont de ce fait pourchassés et accusés d'hérésie. Ainsi, la pratique de la médecine n'intéresse guère la noblesse. Des médecins apparaissent au sein des basses classes de la société et le plus souvent en cachette des autorités. Cependant, au fur et à mesure des avancées médicales du monde islamique et orthodoxe, la profession médicale acquiert ses lettres de noblesse et devient progressivement symbole de réussite et de reconnaissance. C'est essentiellement ce concept qui ressort à l'écran, cette image prestigieuse du noble praticien. Le médecin,

héritier du prestige de sa profession est alors mis en scène aux côtés des plus grands de ce monde : auprès des rois (« *From Hell* », « Le discours d'un roi »), auprès des dictateurs (« *Le dernier roi d'Écosse* »), auprès d'hommes politiques (« *Carnets de voyage* », « *Le Che* »), etc. D'autres sont des hommes issus de la noblesse à la manière du baron Frankenstein, permettant ainsi d'accentuer d'autant plus la grandeur de la profession.

Le médecin de fiction apparaît alors comme un bourgeois associant confort matériel et aisance financière et côtoyant les hommes les plus influents de la société. Des scènes de cocktails mondains où l'on voit le médecin un verre de champagne à la main dégustant des mets délicats et raffinés, sont fréquentes au cinéma. Ces cocktails bien qu'insignifiants dans l'intrigue cinématographique deviennent un lieu d'échange entre le médecin et les autres notables mais aussi lieu de manigance, de trahison et de complots. Si le médecin n'appartient pas d'office à la caste des notables, sa profession l'élève au rang des hommes influents, exerçant une réelle domination sur la société. Ainsi, les médecins de fictions sont représentés comme des membres de l'élite bourgeoise intellectuelle. Qu'il s'agisse de Knock, du Dr Leproux dans « *Arrêtez les tambours* », le Pr Delage dans « *Un grand patron* » ou encore le Dr Germain dans « *Le corbeau* », tous ont les mêmes standards : costume sombre tiré à quatre épingles, somptueux hôtel particulier richement meublé, cabinet médical cossu et raffiné, domestiques et femme de chambre... Cette image est la représentation d'une époque où la profession médicale était à son apogée notamment financière. Le statut socio-économique du médecin a évolué au fil du temps. Cependant, cette image du médecin, véritable nanti, reste d'actualité à l'écran et constitue donc une réalité absolue aux yeux des patients-spectateurs.

Nous pouvons souligner que la profession médicale à travers les représentations cinématographiques et télévisuelles du médecin est considérée comme un art prestigieux par l'opinion publique. Au fil des entretiens, nous avons pu entrevoir quelques symboles évocateurs de ce prestige. La profession en elle-même constitue certainement le symbole le plus chargé de sens en raison de sa vocation de soin et de guérison des populations. Ainsi, la volonté de servir et de sauver l'humanité, de faire le bien d'autrui apparaît à l'origine de la vocation médicale, constituant la plus noble des causes. Cette vocation remporte à ce jour la majorité des suffrages sur les bords de l'université. Les intentions ayant poussé les jeunes étudiants à devenir médecins sont louables et totalement désintéressées, notamment au cinéma. En effet, le septième art n'a jamais mis en scène des internes affirmant que leur choix professionnel était purement lucratif. Le deuxième emblème de ce prestige semble être représenté par les études médicales en elles-mêmes. En effet, l'image des études de

médecine dans l'opinion publique est cernée par un seul épithète : "long" ! Ainsi, le médecin en formation apparaît comme un bourreau de travail et le "carabin" cinématographique perpétue à merveille cette tradition. La vie de l'étudiant se résume donc à un sacrifice de tous les instants, passage obligé afin d'obtenir le prestigieux titre de "*docteur en médecine*", synonyme de réussite sociale et d'autorité intellectuelle. Ce titre honorifique de "*docteur*" incarne à lui-seul un véritable "label de certitude", preuve de probité, d'intelligence et d'autorité. Ce titre de "*docteur*" devient alors le porte-flambeau de la profession médicale et par conséquent un autre symbole du prestige du médecin, capable par son intermédiaire d'influencer « l'esprit du vulgaire par la magie du titre » [53]. L'apparence du médecin, notamment vestimentaire semble constituer un autre emblème non négligeable de prestige. Même si le proverbe affirme que « *l'habit ne fait pas le moine* », la blouse blanche devient un « vêtement d'identité », « véritable signe distinctif et carapace permettant de nous protéger de nos peurs et de nos angoisses » [54] Toute personne appartenant ou non au corps médical revêtant cette fameuse blouse blanche se voit investie du rôle du médecin. Le médecin généraliste quant à lui rarement en blouse blanche au cabinet et encore moins en visite à domicile, possède lui aussi son attribut de pouvoir et d'admiration : le stéthoscope ! L'image du médecin généraliste en costume sombre, cravate et stéthoscope autour du cou est rentré dans la mémoire publique et le cinéma véhicule cette représentation dès lors qu'un médecin généraliste rentre en scène. Nous étudierons plus en détail l'apparence du médecin généraliste dans un chapitre ultérieur. Ainsi tous ces éléments contribuent à asseoir l'image prestigieuse du médecin et à louer sa réussite sociale.

Nous pouvons alors constater que le médecin, qu'il soit réel ou fictif véhicule l'image sociale du notable à travers une autorité indiscutable. Le médecin inspire le respect de ses patients mais aussi de toute la société. Il incarne le savoir et la connaissance absolue, il brille par son autorité intellectuelle. Les patients ont une confiance aveugle en leur médecin : le seul à détenir le savoir du corps humain, des maladies, le seul à maîtriser ce jargon médical si compliqué à comprendre pour les petites gens et le seul à manier avec exactitude les traitements et autres remèdes. Les représentations cinématographiques et télévisuelles n'ont donc pas hésité à se servir de ce fil narratif pour tenter d'influencer au mieux les populations et permettre ainsi d'asseoir définitivement l'autorité du médecin. De plus, le médecin est vu comme un être cultivé, détenteur d'un savoir non limité aux connaissances médicales ; en effet, il s'intéresse à l'art littéraire comme Dr Jivago, à la peinture ou encore aux langues mortes...

A l'écran, le médecin, véritable personnage emblématique, devient comme le prêtre, un surdoué de la relation humaine, détenteur de la connaissance et du savoir. Le médecin se

voit alors doté d'une autorité morale. Les patients viennent chercher en leur médecin, un technicien du corps humain mais surtout un « confesseur » voire un ami pouvant dispenser un conseil précieux et un avis bien avisé. La meilleure représentation cinématographique de cette autorité morale est le Dr Sachs. En effet, à travers cette œuvre, le cinéma réalise une authentique apologie du médecin de famille, confident, fin psychologue et dévoué, se souciant plus de ses patients que de lui-même. La profession médicale revêt alors le costume du sacerdoce ce qui souligne l'importance de la vocation.

Le médecin peut aussi exercer une autorité judiciaire. En effet, le médecin peut devenir auxiliaire de police voire véritable enquêteur, traquant les maladies mais aussi les criminels afin de faire régner la justice. De par sa capacité à hospitaliser les patients et notamment le recours à l'hospitalisation sous contrainte, le médecin peut être vu sous les traits d'un homme liberticide ayant recours à son influence professionnelle à des fins personnelles. Comme nous l'avons déjà vu, les exemples cinématographiques de cet abus de pouvoir ne manquent pas : « *La tête contre les murs* », « *Vol au-dessus d'un nid de coucou* »...

Le médecin en tant que pivot de la société, occupe une place importante sur la scène publique, il peut être homme politique, médecin engagé déontologiquement, activiste social... Le médecin devient alors un sujet de discussion, de ragots, de commérages pour les patients, ce qui accroît son influence et de ce fait son autorité naturelle. Tout un village peut être amené à épier le médecin comme dans « *Un village presque parfait* » où les habitants n'hésitent pas à mettre le médecin sur écoute, à lister ses différents faits et gestes afin de pouvoir le séduire. Ainsi, le médecin devient un homme public qu'il faut apprivoiser et charmer.

Enfin, le médecin incarne une figure paternelle, protectrice, rassurante mais aussi impartiale et quelquefois oppressante. Le médecin apparaît comme un être sévère, dont l'autorité n'est jamais remise en question. En effet, autrefois, le médecin incarnait la connaissance absolue et son diagnostic n'était en aucun cas mis en doute. Sa réflexion débouchait sur une ordonnance. Ce terme dérivé du mot *ordre* souligne à merveille l'autorité du médecin sur son patient. Cependant, actuellement, cet ordre établi considérant que le médecin parle, examine, décide et que le patient n'a que le droit d'exécuter les prescriptions du médecin est révolu et ce changement est bien visible à l'écran. Le médecin semble être descendu de son piédestal et rentre en interaction avec son patient, non plus en tant qu'incarnation du savoir mais en tant qu'égal. Le médecin ne s'impose plus, n'est plus le seul à prendre la parole lors de la consultation, il dialogue avec son patient, l'écoute, le conseille, l'informe et l'éduque. La relation médecin-malade s'est modifiée et est devenue la préoccupation prioritaire de la nouvelle génération médicale. Le cinéma a mis en lumière

cette évolution et il est aisé de se rendre compte de cet énorme changement rien qu'en comparant la relation du Pr Delage (« *Un grand patron* ») avec ses patients à celle du Dr Sachs (« *La maladie de Sachs* »). Un fossé semble exister et ce fossé peut tout à fait se retrouver dans la réalité. Des médecins hautains et paternalistes à la manière du Dr Delage continuent de "terroriser" les équipes soignantes de certains services hospitaliers et à l'opposé, des médecins à l'écoute, empathiques et proches de leurs patients continuent de nouer une relation thérapeutique de confiance avec leurs patients. Il est alors aisé pour les patients de pouvoir à l'heure actuelle identifier ces deux principaux types de médecins et cette distinction a été largement favorisée par les fictions médicales. De plus, le cinéma ou la télévision n'ont pas hésité à teinter positivement ou négativement ces deux types de personnalités. Les patients-spectateurs sont alors consciemment ou inconsciemment influencés dès lors qu'ils rentrent en contact avec ce type de médecins dans la réalité.

Un autre élément nous a paru important de discuter tant son essor a modifié le statut du médecin dans la société. En effet, l'essor des nouvelles technologies et notamment d'Internet a permis la vulgarisation médicale. Comme l'affirme Martin Winckler, « *avant le médecin était le seul créateur du récit, il n'y avait qu'une vérité et c'est lui qui la détenait. Désormais, Internet propose mille options pour une vérité que seule le médecin sait trier* ». Cette vulgarisation médicale semble alors nuire considérablement à la relation médecin-malade; le médecin et notamment le médecin généraliste, risque de devenir un prestataire de service ou encore un conseiller technique, servant à éditer des prescriptions thérapeutiques à des patients ayant réalisé leur propre diagnostic sur Internet. Ce dernier aspect n'est pas encore présent au cinéma ou à la télévision mais ne devrait pas tarder à faire son apparition sur nos écrans...

Ainsi, bien que l'essor d'Internet ait modifié l'image du médecin, ce dernier aurait donc toujours autant de pouvoir mais pas aux yeux des cinéastes. En effet, selon le sociologue Emmanuel Ethis, « *les réalisateurs français sont incapables de se mettre à la bonne distance pour traiter un tel sujet de société. La plupart considère qu'un récit se valorise mieux par la négative, dans le drame. Actuellement, notre cinéma vit une crise de représentation des rôles sociaux. Après les prêtres et les instituteurs, les médecins et tous les piliers de la société qui étaient jusqu'alors valorisés à l'écran, se sont mis à inspirer de la défiance. La critique a crié au génie, sans se rendre compte du pouvoir de destruction symbolique de ces films* » [35] Il est vrai que minutieusement, du « *Docteur Françoise Gaillant* » porté par une Annie Girardot en médecin dépassé par les événements au « *Chaos* » de Coline Serreau présentant Vincent Lindon en chirurgien déshumanisé, le cinéma s'applique à déconstruire la figure sociétale du médecin qui n'est plus un ciment pour

la communauté. « *Pourtant, les anthropologues nous ont appris que pour pouvoir exister, une société doit être composée d'une somme d'individus qui endossent l'ensemble des rôles sociaux nécessaires à l'existence même de cette communauté. Et la grande force des sociétés archaïques par rapport aux nôtres, c'est que les individus qui en font partie maîtrisent l'ensemble de ces savoirs. De ce fait, ils pourraient reconstituer leur société à l'identique, ce dont nous serions parfaitement incapables tant on ne sait plus vraiment de qui on a besoin. Certaines personnes, comme les médecins, les sociologues, les professeurs ou encore les journalistes, sont même souvent considérées comme parfaitement inutiles. C'est oublier un peu vite qu'elles recèlent un pouvoir d'auto-représentation pour la société* » [35] Ce pouvoir consiste à tendre un miroir réfléchissant à un groupe pour lui permettre de réfléchir sur lui-même. Mais privée de son reflet, une société est déboussolée au point de ne plus savoir, par exemple, pourquoi le médecin est utile, digne de confiance ou de l'exclusivité du secret médical. Pas étonnant donc, que dans le cinéma français, les blouses blanches aient quitté le registre du sacré au même titre que le prêtre et l'instituteur. Cependant, le récent « *Un village presque parfait* » réhabilite toutefois la nécessité d'avoir un médecin au cœur d'une bourgade des Pyrénées. Néanmoins, nous pouvons remarquer que le médecin n'est pas vraiment désiré pour lui-même, mais plutôt pour permettre aux villageois d'empocher une subvention de l'Union Européenne...

Ainsi, nous avons donc pu observer une évolution du statut socio-économique mais aussi relationnel du médecin passant d'une figure paternaliste et à un statut de coordinateur de soins au service de la relation médecin-malade. Les adaptations cinématographiques et télévisuelles ont permis de mettre en lumière cette évolution. Cependant, il existe un clivage culturel entre l'image du médecin au cinéma français et au cinéma américain. Aux États-Unis, les médecins semblent plus valorisés à l'écran. En effet, les scénarios reposent entièrement sur la force des rôles sociaux, même lorsqu'ils sont incarnés par des héros négatifs, méchants mais certes au savoir incontestable. « *C'est la puissance du rôle social qui permet de tisser la trame narrative des fictions américaines. Et c'est ce qui permet au spectateur de comprendre comment marchent les relations sociales.* » [28] Un procédé à l'opposé exact de l'introspection à la française qui place presque toujours un individu qui doute, ou qui est mis en doute par la société, au centre des histoires.

Cependant, malgré cette évolution de l'image du médecin et la modification, le médecin reste un professionnel respecté, respectable et envié par la population.

4.3.2.4. La femme-médecin, une exception ou une évolution ?

Dans ce chapitre nous nous sommes interrogés pour savoir si le médecin est un homme comme les autres. Mais pourquoi un homme ? Notre étude a permis de soulever le sujet encore brûlant du statut de la femme dans la profession médicale.

Avant même d'aborder cette évolution ainsi que l'influence des représentations des femmes-médecins dans les fictions médicales sur les patients, il nous paraît important de préciser que le seul fait que la femme-médecin incarne une icône médicale à part entière, justifiant une attention particulière dans ce travail, met en évidence sa différence de statut par rapport à l'homme-médecin. Le cinéma et la télévision sont de grands pourvoyeurs de clichés. En effet, quand la femme apparaît à l'écran dans le domaine de la santé, les scénaristes aiment lui donner le rôle d'infirmière, d'aide soignante ou encore de « bonne sœur » dévouée au bien-être des malades et sous l'autorité d'un médecin homme bien évidemment. Dans l'esprit du public comme dans celui des réalisateurs, l'image d'Epinal du médecin se présente sous les traits d'un homme. Il est bon ou méchant, grand élancé ou petit trapu, paré de milles qualités et défauts, mais quoiqu'il en soit, c'est un homme.

L'étude *Xerox* parue le 11 Mars 2015 dans l'archive de prépublications électroniques d'articles scientifiques *aeXiv* a référencé 15 468 002 rôles dans les films, séries ou émissions télévisées entre 1900 et 2020 (informations concernant des productions en cours de réalisation ou prévue) et s'est intéressée aux répartitions de ces rôles selon le genre de leur interprète. Ils trouvent ainsi qu'outre les rôles de mannequins, secrétaires, ceux « *d'infirmières, de serveuse et de mère* » sont majoritairement dédiés aux femmes. « *Du côté des hommes, il semble exister une forte préférence pour les rôles de pouvoir, rôles de médecin, détective, politicien ainsi que pour une série de rôles en lien avec la sécurité ou le milieu militaire (soldat, garde, officier de police)* », affirment les auteurs dans l'étude. Cependant, au cours de l'étude, il a été noté une évolution dans la répartition des rôles : « *A l'écran, les infirmières sont traditionnellement jouées par des femmes jusque dans les années 1990 et le rôle du médecin est attribué de fait à un homme* ». Depuis, une femme prend le rôle d'un médecin dans un cas sur cinq, selon les chercheurs. Le 10 Mars 2015, Walt HICKEY, journaliste pour FiveThirtyEight, affirmait, néanmoins, en analysant les données d'OpusData, que le rôle de médecin est encore interprété par un homme dans 89% des cas dans les fictions. Ainsi, il concluait que le domaine de la santé est bien plus sexiste tel qu'il est représenté dans les films ou séries que dans la vraie vie.

Cependant, nous avons pu constater que la majorité des désignations médicales sont au genre masculin, la femme-médecin semble encore actuellement faire figure d'exception alors que paradoxalement la profession se féminise de plus en plus.

Comme nous avons pu le constater, l'évolution de la femme-médecin au cinéma et à la télévision suit grossièrement son évolution dans la société. Les débuts des femmes dans la profession sont rabaissants et humiliants, les fictions médicales illustrent à merveille le climat de l'époque et offrent aux patients-spectateurs quelques citations mémorables. Dans « *Catherine Courage* », le doyen de la faculté de médecine n'hésitera pas à décourager la valeureuse Catherine en affirmant : « *Pour être médecin il faut avoir une intelligence ouverte et prompte, une instruction solide et variée, un caractère sérieux et ferme, un grand sang froid, un mélange de bonté et d'énergie, un empire complet sur toutes ses sensations, une vigueur morale, et au besoin, une force musculaire. (...) Ne sont-elles pas au contraire de la nature féminine* ».

Lorsque le femme n'est pas source de moquerie, elle éprouve des difficultés à s'épanouir dans sa profession et de surcroît de se passer de l'assistance d'un homme. La femme-médecin apparaît alors comme un être dénué de responsabilité médicale. Les fictions médicales n'hésitent pas à véhiculer les idées de l'opinion publique, permettant de dissuader au maximum les éventuelles femmes ressentant la vocation. En effet, la profession médicale semble totalement incompatible avec la vie d'une femme irréprochable, mère de famille dévouée et épouse fidèle. L'émancipation de la femme-médecin est tardive et très progressive : la femme-médecin devient un médecin à part entière au tempérament et caractère bien trempé. Le cinéma nous offre des exemples du combat des femmes-médecins pour se libérer du machisme de l'époque et nous laisse entrevoir un caractère battant, déterminé et n'ayant rien à envier aux hommes.

Au fil du temps, la femme-médecin devient une figure emblématique qui n'hésite pas à rivaliser avec les hommes. A la différence de son confrère masculin et derrière le masque de la femme-médecin carriériste se cache une praticienne humaine, attentionnée, préoccupée par le bien-être de ses patients avant son bien-être personnel. Les différences entre médecins de sexe féminin et masculin ne s'arrêtent pas là. Outre l'empathie et la sympathie plus spontanée des femmes-médecins, les femmes apparaissent comme plus douces envers les patients, plus à l'écoute et plus disponibles. Le paysage médical télévisuel actuel tend à mettre la femme-médecin à l'honneur en imposant leurs qualités propres, leurs compétences...

De par la féminisation de la profession et par souci de réalisme des fictions médicales, il semble logique que les femmes-médecins investissent tous les genres cinématographiques et télévisuels. En effet, on retrouve bien évidemment des femmes-médecins généralistes, des praticiennes hospitalières mais aussi des enquêtrices, des aventurières voire des femmes-médecins démoniaques. Le travers diabolique ne semble pas épargnée le « sexe faible ». Néanmoins, il faut noter la très faible proportion de femmes-médecins machiavéliques par rapport à leurs confrères masculins. Les femmes seraient-elles trop naïves ou peut être trop altruistes pour s'abaisser à de telles machinations ?

Ainsi, nous avons pu voir que la femme-médecin est présente partout, dans tous les styles cinématographiques, sur tous les continents et occupe des postes à responsabilité au même titre que les hommes. Actuellement, tous les services hospitaliers, tous les cabinets libéraux comptent des médecins-femmes dans leur rang. Grâce à la féminisation de la profession, on tend vers une réelle parité homme-femme dans l'exercice médical. Néanmoins, nous pourrions parler réellement de parité lorsque la distinction de sexe dans la caractérisation des personnages médicaux, ne sera plus une nécessité. L'avenir est donc plus que jamais dans les mains des femmes pour faire que les choses continuent d'évoluer...

4.3.3. La relation médecin-malade

La relation médecin-malade peut être définie comme une relation thérapeutique, c'est-à-dire l'influence que va avoir le médecin sur le traitement qu'il prescrit. Cependant, la relation médecin-malade est aussi une relation sociale, une rencontre entre deux acteurs, le médecin et le malade, tous deux membres de groupes sociaux divers et engagés dans une action réciproque, le soin.

4.3.3.1. La rencontre: le temps de la consultation

Cette rencontre entre le médecin et son patient peut avoir lieu à n'importe quel moment. Cependant, le temps de la consultation médicale et préférentiellement la consultation au cabinet semble être plébiscité par les patients. En effet, le thème de la consultation a été abordé unanimement dans tous les entretiens, désignant ainsi ce moment d'échange et de contact entre le praticien et le patient comme un moment privilégié. Lors de l'analyse matricielle, nous avons remarqué que le thème de « la consultation » était récurrent sans distinction de sexe. Nous pouvons considérer que le moment de la consultation est capital pour tous les patients et que la charge symbolique

de cet instant privilégié ne dépend en rien du sexe du patient. Ainsi, la consultation incarne cet instant où le patient rencontre le médecin, professionnel de santé apte à écouter et soulager ses problèmes. Dès lors que cette rencontre se produit, une relation s'établit et la relation unissant le patient au praticien est la plupart du temps étroite et dite de confiance. La consultation, véritable point de départ de cette relation médecin-malade si importante, semble représenter une étape indispensable à la prise en charge médicale. En effet, au vu des différents groupes, nous nous sommes rendu compte que les patients y prêtaient beaucoup d'attention. Les différents moments clés de cette consultation ont été étudiés avec précision et nous avons même pu établir une comparaison avec les fictions médicales. En effet, les patients-spectateurs ont été capables de décrire avec précision et de discuter les différents temps de la consultation à la manière d'un cours magistral de sémiologie. Les patients-spectateurs semblent avoir compris le déroulement d'une consultation et il semble que les fictions médicales ne soient pas étrangères à ces connaissances. En effet, d'un premier abord, il semble que toutes les étapes indispensables au bon déroulement de la consultation médicale sont retranscrites à l'écran ce qui contribue à apporter une touche de réalisme à la fiction. En effet, « La Maladie de Sachs », selon de nombreux patients, dévoile de façon authentique le déroulement d'une consultation libérale. Ainsi, au fil du scénario, le patient est amené à suivre le généraliste dans son activité quotidienne, entre visites à domicile, consultations au cabinet et vacation au centre d'orthogénie. Toutes les pathologies se croisent allant du petit "bobos", à la prise en charge des maladies chroniques et à l'accompagnement de patients en fin de vie. Le film semble retracer habilement le déroulement d'une observation médicale : présentation, antécédents, examen clinique, examens complémentaires, diagnostic, traitement, pronostic... Il nous a donc paru intéressant de détailler ces différents temps de la consultation et d'établir une comparaison avec les fictions médicales afin de déterminer leur influence sur le patient.

Le premier moment emblématique de la consultation est l'interrogatoire. Cet interrogatoire se doit d'être le plus précis et le plus méticuleux possible puisqu'il est indispensable à l'établissement d'un diagnostic de qualité. Selon les patients-spectateurs, cet interrogatoire est bien présent à l'écran, les médecins de fictions semblent apporter beaucoup d'importance aux questionnements des patients concernant les circonstances des événements, les symptômes ressentis, etc... Le simple fait que cet interrogatoire apparaisse si singulier à l'écran permet aux patients d'en entrevoir toute l'importance. Ainsi, une consultation sans interrogatoire poussé pourrait être assimilée à une mauvaise prise en charge médicale tant l'opinion publique apporte de l'importance à ce premier échange médecin-malade. Au fil des *focus group*, le médecin et notamment le médecin généraliste a, à plusieurs reprises, été comparé à un véritable enquêteur de police traquant les symptômes

et établissant des hypothèses de travail. Le médecin rentre alors en guerre contre les pathologies et cette représentation semble être gage de compétence et de sérieux. Alors que dans la vie quotidienne, certains patients semblent réfractaires au questionnement intensif notamment lorsque les interrogations concernent la vie privée ou sociale, les interrogatoires menés par les médecins de fiction sont toujours fructueux et sont toujours à l'origine d'un diagnostic de qualité, ce qui semble être un élément discordant avec la réalité.

Nous nous sommes rendu compte que les patients accordaient une attention toute particulière à l'examen clinique. En effet, la plupart des patients différencient les médecins prenant le temps d'examiner leurs patients et les autres médecins, de telle sorte que de la même façon que l'interrogatoire, la réalisation d'un examen clinique poussé par le médecin devient un véritable gage de compétence et de professionnalisme. Les patients n'hésitent pas à décrier l'attitude de certains médecins consistant à renouveler le traitement habituel sans même toucher le patient. Lors de l'examen clinique, le praticien ausculte, mobilise, palpe, etc, ... Il se crée alors un rapprochement entre le médecin et son patient. Ce contact semble sceller pour les patients la relation médecin-malade. Bien qu'indispensable à l'établissement d'une hypothèse diagnostique, le temps de l'examen clinique est très rarement retranscrit à l'écran. Véritable pierre angulaire de l'exercice médical, l'examen clinique semble inexistant dans les fictions médicales au profit des examens complémentaires. Cet examen est représenté au cinéma comme chronophage et responsable d'une perte de temps, décriée si rare pour tous les médecins de fiction. Ainsi, les fictions médicales nous offrent une version abrégée de l'examen en passant directement de l'interrogatoire en salle d'imagerie voire directement au bloc opératoire. Nous pouvons tout de même considérer que les scènes mettant en jeu un patient dans une IRM ou un patient sur une table au bloc opératoire sont bien plus spectaculaires et impressionnantes pour le public que les scènes qui retranscriraient un examen clinique classique même si ce dernier était le plus complet possible et le plus exhaustif. Il est néanmoins intéressant de remarquer qu'en l'absence d'examen clinique à l'écran, les patients restent toutefois très attachés à cet examen dans la réalité. Il semble donc que les fictions médicales influencent les patients-spectateurs sans pour autant détruire l'importance de l'examen clinique lors de la consultation.

Dans le cours normal de la consultation, une fois le diagnostic établi par le médecin, ce dernier se doit de l'annoncer à son patient. Cette annonce de diagnostic semble attirer l'attention des patients et constitue un moment capital de la consultation notamment lorsqu'il s'agit d'une pathologie grave. Ainsi, les participants ont souligné l'importance de la formulation lors de l'annonce. Nous avons pu remarquer que cette notion avait soulevé

quelques désaccords. En effet, nous pouvons considérer que le médecin adopte la plupart du temps une attitude bienveillante dans ces moments difficiles. Ce comportement empathique semble être retranscrit de la même manière à l'écran. Ainsi, les patients peuvent-ils considérer que si cette empathie est présente dans la fiction et dans la réalité, c'est qu'il s'agit d'un comportement honnête et spontané du médecin. Cependant, l'annonce du diagnostic est une étape difficile pour le médecin. La communication avec le patient devient alors abstraite et le médecin a souvent recours à des termes complexes voire incompréhensibles pour le patient. Les patients considèrent alors que la relation médecin-malade s'en trouve profondément altérée. Ce manque de communication ou plutôt ce défaut de communication a été retrouvé par la plupart des patients dans les fictions médicales. Ainsi, nous pouvons souligner que l'annonce du diagnostic s'avère difficile tant à l'écran que dans la réalité.

Ce dernier constat est important, en effet, l'annonce d'une mauvaise nouvelle est une épreuve pour le patient et sa famille. Cependant, l'affect du médecin est souvent négligé dans ce contexte. Il n'est pas toujours aisé pour le médecin de famille de gérer les pathologies létales de patients qu'il suit depuis des décennies. Néanmoins, le médecin se doit d'être neutre et impartial, il doit s'efforcer de susciter l'espoir permettant à ses patients de trouver la force de se battre. Le médecin peut donc être considéré par ses patients parfois à tort comme insensible et sans cœur puisqu'il ne manifeste pas de véritables émotions lors de l'annonce du diagnostic ou lors du suivi de ces pathologies graves. Ainsi, il paraît intéressant que les fictions médicales dévoilent cet aspect de la profession et montrent aux patients-spectateurs que les médecins ne sont pas des êtres insensibles mais des êtres humains s'efforçant de rester objectifs et professionnels en toute circonstance.

Cependant, l'annonce de mauvaises nouvelles ou le suivi de pathologies létales ne constituent pas la majorité des consultations en médecine générale. Ainsi, les médecins sont amenés à prendre en charge des pathologies infectieuses, traumatiques, etc. Selon les patients, l'attitude des médecins changent selon le degré de gravité de la pathologie. Ainsi, les patients considèrent que les pathologies bénignes n'intéressent pas les médecins qui ne manifesteraient donc aucune implication lors de la consultation. Les pathologies aiguës routinières, selon les patients, n'apparaissent pas comme suffisamment stimulantes médicalement et intellectuellement pour susciter de l'intérêt pour les médecins. Ces dernières remarques prennent leur origine dans les fictions médicales qui ont tendance à mettre en scène des pathologies rares, extraordinaires et le plus souvent posant un problème diagnostique ou thérapeutique. A l'exception de certains films retraçant les consultations de médecine générale tel que « *La maladie de Sachs* » ou « *Dr Sylvestre* »,

les fictions médicales ne filment pas d'angine, de grippe ou de lombo-sciatique, pathologies pour le moins courantes en médecine générale libérale. De plus, dès lors que ces pathologies considérées comme bénignes apparaissent à l'écran, elles sont dénigrées et synonymes de routine et de perte de temps pour les médecins. L'exemple le plus flagrant reste l'attitude du Dr House lors de ces consultations forcées par la directrice de l'hôpital. Ce comportement négatif et revendicateur contribue à donner aux patients-spectateurs l'impression que les médecins négligent les pathologies « de la vie de tous les jours » et ne s'intéressent qu'aux "histoires de chasses" et aux cas les plus graves, ce qui est heureusement loin d'être la réalité !

4.3.3.2. La distance médecin-malade

Dès que deux personnes se trouvent en présence l'une de l'autre, une communication s'instaure, même dans le silence. Les mots, mais plus encore les attitudes, les gestes, les regards, le ton et les inflexions de la voix disent quelque chose de nous et de notre façon d'être présent à l'autre, à notre insu le plus souvent. Le point essentiel de la relation thérapeutique ne consiste pas à affirmer qu'il faut communiquer avec le malade mais plutôt de savoir comment communiquer avec lui, dans quels buts et jusqu'où, ce qui revient à s'interroger sur la bonne distance à trouver avec le malade. Comme nous venons de le voir, les patients attendent du médecin qu'il adopte une attitude neutre et modérée, alliant distance et implication. Néanmoins, cette notion de distance sociale représente une grande difficulté pour les praticiens. En effet, il n'existe pas de recommandations ou même d'enseignements magistraux à la faculté permettant aux médecins d'apprendre à gérer et surtout à maintenir cette distance avec son patient.

Il existe une distance familiale, amicale, amoureuse mais aussi sociale et thérapeutique. Elle dépend de la personnalité du médecin et de celle du patient, du contexte pathologique, des événements de vie que traverse chacun. Cette distance fait partie intégrante de la relation de soins. Elle se révèle très difficile à instaurer et plus encore à maintenir. La bonne distance médecin-malade impose de se sentir proche l'un de l'autre tout en se préservant d'une relation trop envahissante. La relation entre le praticien et le malade doit maintenir chacun à sa place, dans ce rapport asymétrique entre une personne en souffrance et une autre supposée détenir à la fois le savoir et le pouvoir de soulager et guérir. De même, au sein de la relation thérapeutique, il faut distinguer la distance du médecin par rapport au patient, par rapport à lui-même et enfin par rapport aux actes et performances. Selon le Dr Esturillo, « *la distance thérapeutique en consultation doit être mesurable et doit être de 1 m à 1,5m. Le médecin se doit d'être séparé de son patient par*

une distance correspondant à la longueur de son bras posé sur l'épaule de son patient » [39]. Ainsi, cette distance protège du contact physique tout en permettant la perception du visage et l'intégralité de la personne.

Comme il a été constaté lors des différents groupes, les fictions médicales semblent ne pas mettre en évidence cette distance thérapeutique. Les médecins de fictions confondent communication, qualité relationnelle et relation sur un mode amical voire sentimental. De plus, la relation médecin-malade à l'écran peut s'apparenter à de l'apitoiement, de l'identification massive voire de la compassion. Il est fréquent de voir des médecins au cinéma souffrir avec leur patient. De plus, les médecins entretiennent le plus souvent des relations proches avec leur patient, n'hésitant pas à pénétrer dans leur vie intime. Nous pouvons considérer que cette attitude quelque peu envahissante du médecin de fiction suscite de l'envie chez des patients-spectateurs. En effet, nous pouvons conclure que cette distance sociale et thérapeutique n'existe pas réellement à l'écran. Ainsi, est-il possible que certains patients par similitude avec les fictions médicales, recherchent auprès de leur médecin et préférentiellement leur médecin traitant ce contact étroit ? Cette distance sociale peut alors être interprétée par les patients comme un obstacle voire un frein à une relation médecin-malade de qualité. En effet, les médecins de fictions entretiennent le plus souvent des rapports fusionnels avec leur patient et il peut être légitime d'en attendre pareil de la part des médecins réels. Néanmoins, dans la réalité, cette distance médecin-malade existe, assurant au malade une reconnaissance objective de sa souffrance, de ses attentes et au médecin la préservation de son intimité psychique et affective.

4.3.3.3. Les fictions médicales à but « thérapeutique »

A quelques exceptions près, consulter un médecin ou aller à l'hôpital est rarement un événement réjouissant. Lorsque c'est derrière l'écran toutefois, nous nous délectons des aventures de nos héros. Il semblerait même que cela nous apaise et nous soulage. Pourquoi les fictions qui se passent dans cet environnement peu réjouissant nous fascinent-elles autant ?

Les fictions médicales offrent aux patients-spectateurs la possibilité d'une plus grande identification que les autres fictions professionnelles, séries policières ou judiciaires. En effet, nous avons tous été un jour ou l'autre en contact avec un médecin et il est donc inévitable que les patients s'identifient à ces fictions médicales. De plus, nous pouvons considérer que la fascination du public pour les séries médicales découle d'un processus de mise à distance : assister depuis son canapé, une cigarette à la main et un paquet de gâteau dans

l'autre, à la maladie et à la souffrance des personnages de fiction, demeure avant tout un moyen d'exorciser cette peur de la maladie et par conséquent de la mort. Que la démarche soit consciente ou inconsciente, l'impact est le même, les fictions médicales semblent jouer un rôle cathartique sur les patients-spectateurs.

Dès lors que l'on aborde le domaine médical, la maladie apparaît comme une entité indissociable du personnage du médecin. La maladie devient alors la toile de fond des fictions médicales cinématographiques et télévisuelles. Dans notre étude, nous avons remarqué que cette notion de « Maladie à l'écran » avait été soulignée essentiellement par des patients-spectateurs âgés de plus de 41 ans. Ce résultat nous a interpellés et nous nous sommes interrogés sur la signification de l'émergence de cette idée à partir d'un certain âge. Il semble que les patients-spectateurs d'une cinquantaine d'années soient plus réceptifs à la mise en scène de la maladie à l'écran. Nous avons alors supposé que la maladie devenait un concept moins abstrait pour les patients plus âgés et qu'il était donc cohérent que les patients-spectateurs au fur et à mesure de leur vieillissement, qu'il soit physiologique ou pathologique d'ailleurs, se sentent plus concernés par la maladie retranscrite à l'écran. Les patients de 41 à 60 ans apparaissent donc comme une population de choix pour les scénaristes de fictions médicales puisqu'une identification à la réalité est d'autant plus possible. Les fictions médicales à travers l'évocation de la maladie assurent une forte identification du patient-spectateur tout en ayant un but thérapeutique.

Tous les genres cinématographiques ou télévisuels tentent de dédramatiser les pathologies. Cependant, le genre qui détient, à ce jour, l'oscar de la catharsis des sentiments reste le cinéma comique voire burlesque. En effet, de tout temps, les médecins ont été tournés en dérision, notamment dans les satires anti-médicales de Molière, dénonçant l'imposture de la profession et ne voyant que grimace dans la pratique médicale. Ainsi, le cinéma burlesque nous offre l'image d'un médecin aux méthodes non conventionnelles qui prêtent à faire rire; néanmoins la véritable critique de la profession atteint son paroxysme avec l'avènement de la satire médicale, dignement représentée par le très célèbre Dr Knock. De plus, la profession médicale n'a que rarement l'occasion de provoquer le rire lors de sa pratique; en effet, lorsque le médecin intervient, cela signifie que la maladie n'est pas loin... La comédie permet donc au public de se venger quelque peu de cette destinée, de dédramatiser la situation et de garder en mémoire l'image d'un médecin complètement loufoque. Ainsi, à travers la comédie, rire du médecin devient salvateur pour le patient-spectateur qui peut remettre en question le statut prédéfini de l'autorité médicale, d'exorciser sa peur de la blouse blanche et de se moquer ouvertement de cet homme de science détenant dans ses mains les concepts de vie et de mort.

Les fictions médicales peuvent alors se révéler d'un véritable intérêt thérapeutique. Selon Charlotte Blum, « avec leur pouvoir d'addiction, les fictions, a fortiori médicales, se consomment comme autant de petits comprimés qui permettent d'atténuer la phobie de la maladie, voire la peur panique de la mort »[36] Ainsi, nous pouvons imaginer que regarder la maladie à travers le petit ou le grand écran permettrait d'immuniser le patient-spectateur. Les fictions médicales deviennent alors des traitements à part entière. Ainsi, dans un futur proche, il se peut que cela constitue le contenu de nos prescriptions médicales... Une chose est néanmoins sûre, consommer ces fictions médicales sans modération ne nuit pas à la santé !

4.3.4. Peut-on parler d'influence des représentations du médecin à l'écran sur la relation médecin-malade?

4.3.4.1. Les mécanismes d'influence de l'art cinématographique et télévisuel

Après la projection d'un film, le spectateur sort changé de la salle. Son jugement sur les idées et problèmes montrés dans le film a évolué. Il a été influencé par la vision du réalisateur, du scénariste. Ainsi, avant même de chercher à déterminer si les représentations cinématographiques ou télévisuelles du médecin influencent le patient-spectateur, il nous a semblé intéressant d'étudier les divers moyens utilisés au cinéma pour faire adhérer le public au système d'idées défendues par le film.

Afin d'influencer le spectateur en faveur du système d'idées qu'il défend, le cinéaste n'hésite pas à susciter auprès du public un éventail varié d'émotions. Pour ce faire, il cherche à établir un lien affectif entre le héros du film et le spectateur. Le cinéma a cette faculté de nous faire voyager, de nous faire sortir de nous-mêmes pour nous faire rentrer dans l'histoire en prenant parti pour les personnages. Ce phénomène d'empathie ou assimilation du personnage par le spectateur est commun à tous les arts ; cependant, il est bien plus important au cinéma. En effet, l'extrême réalisme des images projetées et l'impact de la salle obscure où le spectateur est quelque peu prisonnier des images renforcent cette notion. De plus, le cinéma tout comme l'art télévisuel est une expérience collective qui démultiplie les émotions en raison du nombre important de personnes à les ressentir en même temps. Le scénariste tente de créer des héros qui ressembleront aux spectateurs ou au contraire des personnages tellement idéalisés qui feront voyager le spectateur. Le public aura

tendance à s'identifier à ces personnages, permettant ainsi une plus grande manipulation. En effet, de par cette influence, le spectateur calque sa réflexion sur le héros, perdant donc en partie son libre-arbitre et ses facultés de raisonnement et de jugement pour adopter, plus ou moins consciemment le point de vue du scénariste.

De plus, le cinéma et la télévision diffusent et créent des mythes modernes qui influencent notre façon de penser. Notre façon de voir le monde se voit alors forcément conditionnée. Que ce soit par le milieu, l'éducation ou la culture, nos convictions sont influencées par des sources extérieures. Parmi ces sources, certaines sont communes à une grande partie du monde occidental, qu'il s'agisse des contes de fées qui forment le socle de l'imaginaire enfantin sur lequel l'homme se développe, des fables et leur morale, des mythes antiques, ou encore des textes bibliques qui nous préparent en quelque sorte au monde réel. Les arts de masse du XXème siècle et notamment le cinéma ont une influence non négligeable. En effet, certains films ont séduit des millions de personnes, frappant ainsi leur imaginaire à jamais et devenant des références pour tous et pour des générations. Souvent ces films reprennent des concepts de pensées existant depuis la nuit des temps mais remis au goût du jour. Les scénaristes reprennent des mythes ancestraux : le thème de l'immortalité, la recherche du pouvoir absolu, la résurrection... Ils sont réutilisés dans des films à très grand public, enrobés d'effets spéciaux et joués par d'illustres acteurs. Ces films attirent des millions de spectateurs, venant non pas pour le contenu philosophique mais pour le divertissement promis. Ainsi, le cinéma influence les spectateurs par le sens de l'histoire mais aussi par le poids des images. Le cinéma a donc un pouvoir extrêmement puissant sur les esprits, d'autant plus de nos jours. En effet, le réalisme des images et des effets spéciaux rend les images réelles et nous font plonger dans l'histoire. Le spectateur en assistant à la projection assimile sans s'en être rendu compte les morales et conclusions que le film suscite. Ces mythes générés par le septième art influencent notre façon de penser car ils deviennent une référence pour la réflexion.

Il paraît alors cohérent que les fictions médicales influencent le patient-spectateur et par conséquent la relation unissant le patient à son médecin. Mais dans quelle mesure ces fictions influencent-elles le patient ? Ces fictions sont-elles des freins ou des moteurs à la relation médecin-malade ?

4.3.4.2. Les influences des fictions médicales sur le patient-spectateur

Comme l'affirme Martin Winckler, « *l'intérêt des spectateurs du monde entier pour les fictions médicales a rappelé, si cela était nécessaire, que rien ne touche plus le spectateur qu'une fiction fondée sur l'unique réalité commune à tous les humains – celle du corps [...] Les médecins sont des héros surhumains. Du moins, c'est ce que nous avons envie d'imaginer. Ils tiennent entre leurs mains la vie et la mort ; tout le monde peut s'identifier aux patients qu'ils soignent ou à leurs familles – tandis que tout le monde n'a pas commis un crime ou vu un proche assassiné* » [41]. Nous pouvons donc entrevoir à travers cette citation toute l'étendue des influences de ces fictions médicales sur le patient-spectateur et par conséquent sur la relation médecin-malade. Ainsi, « *le cinéma et la télévision [...] font de la fiction médicale un "miroir de Clar" – cette coupe en acier concave, portant une lampe en son centre, que l'oto-rhino-laryngologiste fixe sur son crâne pour éclairer la gorge ou les oreilles. Autant dire qu'elles examinent – littéralement - le fond des choses et des êtres.* » [41]

Notre étude nous a permis d'observer que les influences des fictions médicales sur le patient-spectateur étaient multiples et variées. La plupart de ces influences sont positives et permettent de renforcer la relation médecin-malade. Néanmoins, nous avons pu souligner l'existence de certains freins à l'établissement d'une relation de confiance, de qualité entre le patient et son médecin.

4.3.4.2.1. Influence sur les connaissances médicales du patient-spectateur

Au cours de notre étude, nous nous sommes rendu compte que les patients-spectateurs semblaient apprécier l'enseignement médical délivré dans ces fictions. En effet, l'apprentissage de la médecine par l'intermédiaire du septième art apparaît comme une évidence aux yeux des patients-spectateurs. Ainsi, pouvons-nous considérer que les fictions ont un rôle didactique sur le patient assurant la familiarisation mais aussi la vulgarisation du monde médical. En effet, le cinéma a mis en scène des médecins évoluant avec le développement de la Science. Bien que souvent présenté sous un jour négatif, le médecin de fiction derrière les traits du savant-fou ou de l'expérimentateur a permis aux patients-spectateurs de se familiariser avec ces nouvelles technologies. La représentation du savant-fou n'est pas la seule représentation médicale à véhiculer cette acceptation des avancées scientifiques. En effet, les Grands Médecins du cinéma permettent de montrer aux

patients-spectateurs tout l'impact positif de ces avancées pour la société qu'il s'agisse de la vaccination avec « *Pasteur* », de la radiologie et de la radioactivité avec « *Madame Curie* » ou encore des antibiotiques avec « *La balle magique du Dr Ehrlich* ». De plus, les thrillers psychanalytiques permettent de démystifier et de populariser les théories freudiennes en les vulgarisant comme dans « *La Maison du Dr Edwardes* »... En donnant une image humaine à tous ces médecins de fiction, le cinéma a su donner aux patients des clés pour comprendre la médecine et donc de mieux comprendre leur médecin.

La télévision en raison de sa proximité avec le spectateur et de sa redondance à l'écran, majore cette influence en renforçant ce rôle éducatif. Le sociologue Jean Peneff aime rappeler que la plupart des séries médicales comptent parmi leurs scénaristes des médecins chargés de surveiller la crédibilité des cas cliniques présentés ainsi que des thérapeutiques entreprises[41]. Les fictions médicales donnent alors aux patients-spectateurs des pistes de réflexion, ils apprivoisent le "jargon" médical à la manière des médecins de séries hurlant dans les couloirs « *NFS, iono, urée, créat, coag* », découvrent des symptômes et des pathologies variées allant de la pathologie bénigne bien rarement détaillée à l'écran aux pathologies complexes notamment dans « *Dr House* » où les diagnostics de lupus, de maladies auto-immunes ou néoplasies sont souvent à l'honneur. De plus, les patients-spectateurs se familiarisent avec les examens complémentaires (scanner, IRM, échographie, scintigraphie) et sont les témoins de nombreux gestes techniques en tout genre allant de la banale prise de sang et perfusion aux manœuvres de réanimation, soins de premiers secours jusqu'aux impressionnantes opérations chirurgicales à grand coup de thoracothomie ou trachéotomie... Ainsi, tous ces éléments permettent de renforcer la charge symbolique du corps médical mais surtout de diminuer la charge émotionnelle résultante. Nous nous sommes rendu compte à travers notre étude que les fictions médicales avaient comme influence d'abaisser l'angoisse des patients-spectateurs. En effet, voir des médecins stressés dans les couloirs de l'hôpital, donnant des ordres directifs aux infirmières ou encore voir le déroulement d'un examen para-clinique ou d'une intervention chirurgicale permet aux patients de dédramatiser et donc de se familiariser avec le milieu. Et ce qui est familier n'est plus anxiogène. Ainsi, à travers les fictions médicales, les patients-spectateurs sont amené à apprendre la médecine. Le cinéma permet alors d'illustrer certains traitements et donc de donner une représentation visuelle des thérapeutiques proposées par les médecins dans la réalité. La fiction permet alors d'éduquer le patient-spectateur. Notre étude a permis de considérer que, grâce aux fictions médicales, le patient-spectateur arrive à s'identifier et à modifier sa vision de l'environnement médical et par conséquent du médecin. Les fictions médicales influencent donc le patient-spectateur en

favorisant l'acceptation de la maladie, l'acceptation de la prise en charge thérapeutique et influence donc la relation thérapeutique qui en découle.

Des études américaines et britanniques réalisées auprès de spectateurs de fictions médicales aboutissent aux mêmes conclusions. En 2001, une étude américaine affirmait que 32% des spectateurs d'« Urgences » déclaraient retirer une information médicale de l'épisode visionné [43]. En 2003, une étude britannique comparait le degré de réalisme accordé par les spectateurs à la série médicale et au documentaire médical. Les résultats montraient que la série médicale était jugée comme une source d'information « plus crédible » que le documentaire qui était considéré comme « incomplet et artificiel ». Les différents protagonistes des documentaires ayant conscience d'être filmés pouvaient avoir des attitudes non réalistes. De plus, la sélection des scènes au montage était susceptible d'orienter l'intrigue [44]. Cette comparaison a été abordée lors de notre étude par de nombreux participants. Bien que potentiellement plus réel car retranscrivant à l'écran des images réelles, le documentaire s'avérait avoir un impact moindre sur le patient-spectateur. Une étude de 2007 basée sur la collecte d'environ deux cents témoignages de spectateurs de fictions médicales britanniques et français affirme que les fictions médicales « possèdent un important pouvoir de la narration, responsable d'un processus d'identification du patient-spectateur » [45]. En effet, dans les fictions médicales, le patient-spectateur se trouve alors impliqué émotionnellement dans l'histoire et donc dans le cas clinique.

Au total, nous pouvons remarquer que les fictions médicales sont considérées par les patients-spectateurs à la fois comme une source d'information médicale et comme un miroir sur la réalité, ce qui les encourage à en retirer un enseignement. Ainsi, les fictions médicales représentent un élément facilitateur dans la relation médecin-malade. En effet, les patients-spectateurs étant familiarisé avec les professionnels de santé mais aussi l'environnement et les actes techniques à travers l'écran, nous pouvons supposer que les patients seront davantage dans une démarche de soins coopérante et participative s'ils venaient à y être confrontés dans la vraie vie.

4.3.4.2.2. Influence sur la représentation de la profession médicale par le patient

Notre étude nous a permis de souligner l'importance du processus d'identification permettant au patient-spectateur de prendre le médecin de fiction comme médecin référent. Le patient-spectateur se prend au jeu de rôle et devient « un acteur de soin par procuration » [44] Le patient-spectateur, notamment dans les séries, suit le parcours du médecin-

personnage principal. Le patient peut alors être amené à découvrir les différentes étapes de la carrière professionnelle, ce qui lui permet de mieux comprendre la profession et d'en appréhender toutes ses difficultés. Le spectateur est alors invité à parcourir avec le médecin de fiction son quotidien avec ses moments de joie mais aussi de doutes, de dilemmes et d'incertitudes, réelle réalité du métier de médecin.

Une enquête réalisée sur les spectateurs de la série « *Urgences* » a mis en évidence l'importance de cette identification du spectateur et a permis de distinguer « *trois modalités d'identification du spectateurs : l'identification d'association, l'identification de compassion et l'identification d'admiration* » [47]. L'identification d'association permet au patient-spectateur de considérer que le médecin de fiction est un homme du quotidien, ainsi le patient peut alors assimiler ce médecin à son propre médecin par association. En effet, tout semble similaire, son comportement, son attitude, ses intonations, ses façons d'émettre un diagnostic... La deuxième modalité d'identification est de l'ordre de la compassion et sous-entend la question de la gestion des liens. Cette identification aborde le problème de la vie privée des médecins souvent mise en scène de façon chaotique. En effet, les fictions médicales mettent le plus souvent en scène des héros d'une trentaine d'années qui tentent de construire leur vie. Ces médecins apparaissent pris dans une démarche très volontariste et très maîtrisée. Mais cette maîtrise est dissymétrique : actifs dans leur vie professionnelle (par opposition aux patients), les médecins fictifs sont plutôt passifs dans leur vie privée. La vie privée n'est pas seulement sacrifiée, elle est surtout défaite. Autant le parcours professionnel semble balisé, autant la vie personnelle semble impossible à organiser. Le parcours professionnel semble planifié à l'avance (passage de concours, récompenses, changement de stage en fonction des classements), leur franchissement fortement ritualisé (changement de blouse, changement de lieu d'exercice) et leur conséquence acquise. Tandis qu'à l'inverse, la vie personnelle se déroule suivant un cursus plus flou, chaotique et incertain avec des situations toujours réversibles. Les patients-spectateurs semblent réagir fortement à cette désintégration de la vie privée qui entre en résonance avec des situations personnelles qu'ils connaissent et reconnaissent. Ces situations d'échecs suscitent un sentiment de pitié, de compassion. « Or, si l'admiration est un sentiment qui éloigne, la compassion est un sentiment qui rapproche » [47]. L'échec de la vie privée avec sa dimension sacrificielle contribue à influencer positivement le patient-spectateur. Enfin, la troisième modalité est l'identification d'admiration. Les fictions médicales mettent en scène le plus souvent des médecins à la fois faillibles, fragiles mais irréprochables. La plupart des médecins de fiction font preuve d'un sens aigu de la dignité humaine et ont une morale de la responsabilité individuelle exacerbée. Si les médecins de fictions sont cyniques dans leur vie privée, ils le sont rarement dans l'exercice de leur fonction. Ils ont une

éthique professionnelle à toute épreuve. S'ils sont médiocres dans la gestion de leur vie personnelle, ils sont irréprochables dans la conduite de leur vie professionnelle. Bien que compétents, cela ne veut pas dire qu'ils ne sont pas défaillants. Les fictions médicales récentes, à l'opposé de l'archétype tant utilisé à l'écran du médecin-super-héros, aiment mettre en scène des médecins pouvant commettre des erreurs, pouvant se tromper ou être dépassés. Ainsi, ce processus d'identification du patient-spectateur permet de comprendre toute l'influence émotionnelle des fictions médicales sur la relation médecin-malade.

Bien que ce processus d'identification du patient-spectateur semble être un moteur de la relation médecin-malade, les fictions médicales offrent au public une image quelquefois modifiée voire idéalisée de la profession médicale. Cette représentation de la profession véhiculée principalement par l'image du médecin a une influence à part entière sur la relation médecin-malade.

Notre étude a permis de montrer que les patients-spectateurs étaient marqués essentiellement par deux représentations du médecin: le médecin idéal, héros du quotidien, admirable, sans faille avec un sens du sacrifice exacerbé et serviable à merci et à l'opposé, le médecin atypique, caractériel, à l'égo démesuré et à l'ambition sans comparaison. Les images plus modérées de médecin de fiction sont rares et ces deux figures emblématiques semblent marquer les esprits. Ainsi, ces images suscitent chez le patient-spectateur de l'admiration ou de la haine. Ces incarnations cinématographiques ou télévisuelles peuvent alors représenter un frein à la relation médecin-malade puisque le patient aura tendance à maintenir ses *a priori* sur la profession, *a priori* ancestraux consistant à considérer la profession comme inaccessible pour une personne *lambda*. En effet, l'écran cinématographique et télévisuel nous offre une image plus ou moins caricaturale du métier. Ainsi, même si certaines fictions médicales récentes telles que « *La Maladie de Sachs* » réussissent à donner une autre image de la médecine et notamment du médecin en permettant aux patients de modifier leur vision de leur vrai médecin, certains clichés millénaires persistent concernant certaines spécialités. Notre étude nous a permis, grâce aux témoignages des patients ayant participé aux *focus group*, de mettre en lumière quelques traits de caractérisation de certaines spécialités médicales bien présentes à l'écran. La caractérisation du médecin généraliste a été la plus approfondie au cours des différents entretiens et nous y reviendrons plus en détail ultérieurement. Il apparaît comme un médecin dévoué, désintéressé et incarne un véritable pilier dans la relation médecin-malade. Le chirurgien est avant tout un homme de pouvoir, représenté sous les traits d'un patron orgueilleux, figure patriarcale terrorisant le personnel hospitalier et se comportant comme un Dieu vengeur renforçant ainsi le concept du fameux complexe de

supériorité propre à de nombreux chirurgiens. De plus, le chirurgien est l'archétype même du médecin « gravure de mode », séducteur, au physique d'Apollon et au sourire ravageur. Le psychiatre peut être caractérisé par deux aspects. Il peut apparaître comme un être frappé de folie et quelquefois plus pathologique que ses patients. Cependant, de par son attitude lucide et efficace, le psychiatre est souvent représenté au cinéma comme un médecin-expert dont la présence dans le scénario sera parfois éphémère mais le verdict lourd de conséquence. Le spécialiste renvoie alors une image positive de praticien compétent. Le psychiatre peut alors être amené à considérer son patient sur un pied d'égalité, ce qui contribue à la création d'une relation médecin-malade de confiance. Ainsi, à travers le cinéma, deux facettes du psychiatre semblent s'opposer. Dans la plupart des cas, la représentation cinématographique du psychiatre est peu séduisante, personnages inquiétants, répressifs, abusifs voire dangereux et manipulateurs. Certaines œuvres nous offrent néanmoins une image plus positive des psychiatres, ils apparaissent comme des êtres humains, dévoués et consciencieux. Cette représentation est souvent associée à des psychiatres jeunes s'opposant aux méthodes thérapeutiques traditionnelles, à des femmes médecins ou encore lorsqu'il s'agit de psychiatre des enfants. Malgré ces deux pôles, le côté négatif semble plus fasciné les scénaristes et le grand public. Une étude américaine de 2002 basée sur l'analyse de 131 fictions médicales arrivent aux mêmes conclusions que notre étude. Ainsi, ces clichés bien que remis en question depuis quelques années par les nouvelles fictions médicales semblent confirmer les croyances populaires sur la profession médicale.

Nous avons pu nous rendre compte que les fictions médicales sont responsables de fausses-croyances et donc de désillusion du patient-spectateur s'attendant à retrouver les mêmes événements dans la vraie vie.

La première croyance véhiculée par l'art cinématographique et télévisuel s'avère être la toute-puissance du médecin. En effet, le médecin détective des fictions médicales fait des miracles, sa réussite est évidente et il brille par ses performances diagnostiques et ses résultats mirobolants. Cette image de médecin surdoué en médecine concerne les grands médecins, forts de leur expérience et de leur savoir mais aussi les jeunes étudiants ou les internes. Les exemples des exploits de ces jeunes médecins ne manquent pas dans les séries médicales, ces derniers n'hésitant pas à réaliser une opération à risque, qu'ils n'ont d'ailleurs jamais réalisé en solo et cela sans l'aval de leur *senior*. Difficile alors pour les patients d'accepter que les vrais praticiens ne réalisent pas les mêmes prouesses thérapeutiques !

Depuis quelques années, la frontière entre le monde réel et le monde virtuel s'estompe dans tous les domaines, y compris en matière de santé. Il est très difficile parfois pour le public de comprendre, donc d'admettre, les limites que les contraintes de la réalité imposent à la médecine moderne, comme l'illustre la loufoque et inquiétante pratique médicale du Dr House. Huit millions de téléspectateurs en France et des dizaines de millions de par le monde regardent assidûment et frénétiquement ces fictions médicales où les médecins prescrivent des batteries d'examens invasifs, sans se soucier de leur coût ou des risques encourus ainsi que des traitements médicaux peu orthodoxes et parfois dangereux. Il paraît alors légitime que « *les patients-spectateurs s'attendent à être pris en charge par des Dr House en chair et en os, les découpant en rondelles virtuelles dans leurs scanners ou leur injectant à tout-va des drogues expérimentales à l'essai* ». [48]

Selon Andrew Holtz, ancien journaliste médical à CNN, les fictions médicales modifient l'image qu'ont les téléspectateurs du fonctionnement de la médecine. Ces fictions les incitent à croire que ces prouesses thérapeutiques imaginaires sont possibles et qu'ils sont en droit de demander à leur médecin d'en bénéficier à leur tour. « *En réalité, les hôpitaux sont incapables de fournir à leurs patients les médicaments "vus à la télé" et les études montrent que les traitements lourds peuvent parfois faire plus de mal que de bien, explique Andrew Holtz. Dans ces émissions, les traitements administrés ont tendance à être très interventionnistes et agressifs... parce que c'est l'action qui intéresse les gens.*» Selon lui, les producteurs des programmes « *mettent la pression sur les scénaristes pour montrer des opérations chirurgicales lourdes qui marchent presque toujours, ce qui est complètement illusoire. Les gens sont ensuite persuadés que si vous cherchez suffisamment, si vous dépensez assez d'argent, si vous trouvez le bon docteur, alors vous serez sauvé. Mais cela ne se passe pas comme ça dans la réalité...*» Les scénarios de ces fictions s'inspirent souvent de cas exceptionnels décrits dans les grandes revues médicales. Avec la fâcheuse tendance, malgré une certaine cohérence scientifique, à présenter des cas médicaux rarissimes comme s'ils étaient fréquents.

Tout cela nous amène à discuter de l'impact de la scénarisation voire de la dramatisation des fictions médicales sur le patient-spectateur. En effet, ces fictions mettent en scène des médecins soumis à une pression constante, les médecins se doivent alors d'être polyvalents. Tous les éléments scénaristiques sont réunis pour maintenir le spectateur en haleine : marée de patients dans les couloirs des hôpitaux, altération de l'état général des patient avec pronostic vital engagé, catastrophes naturelles en tout genre (déraillement de train, explosion de bombes, accident d'avion...), agitation extrême du corps médical, rapidité

d'exécution (accouchement dans le couloir, chirurgie sans consultation d'anesthésie...), etc... Cette habile mise en scène permet aux patients-spectateurs d'explorer toutes les nuances émotionnelles de l'être humain, ce qui contribue à lui faire accepter « la vérité fictionnelle » [46]. comme l'affirme Jean-Pierre Esquenazi. L'auteur indique que le récit fictionnel opère une « *modélisation exemplifiante* » faisant ainsi un lien entre imaginaire et réalité. La « *vérité fictionnelle* » devient alors indissociable de la vraisemblance. Ainsi, même si l'écran cinématographique ou télévisuel renvoie l'image démesurée du médecin et de l'environnement médical, le patient-spectateur adhère à cette démesure et l'intègre comme la réalité. Il est alors possible que le patient trouve son médecin traitant trop calme et trop posé, seul bien à l'abri dans son cabinet médical et ressente une certaine frustration à ce manque manifeste d'action....

La persistance des clichés médicaux ancestraux et toutes les fausses-croyances amplifiées par la scénarisation cinématographique et télévisuelle contribuent à modifier significativement la relation médecin-malade. En effet, cette relation médecin-malade retranscrite à l'écran n'est pas comparable à la relation médecin-malade réelle. L'écran nous offre deux images distinctes de cette relation. Le médecin de fiction endosse le rôle du médecin mais aussi de l'ami, du confident, de l'assistant social s'immisçant en permanence dans la vie privée de ses patients voire entretient avec ses patients des relations de séduction. Son champ d'action dépasse alors celui de la médecine et de la santé et cet investissement excessif altère considérablement la relation médecin-malade. A l'opposé, la relation médecin-malade peut s'apparenter à une relation dominant-dominé où le médecin incarne le sauveur et le patient l'être fragile en péril. Ces deux représentations peuvent amener les patients-spectateurs à réfléchir sur la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin dans la vraie vie. Cependant, de la même façon que la scénarisation rend floue la frontière entre le réel et le virtuel, ces deux représentations sont déconcertantes pour le patient qui éprouve des difficultés à caractériser sa relation avec son médecin. En effet, peu de fictions médicales mettent en scène le juste équilibre entre empathie et distance thérapeutique.

Tous ces éléments nous ont permis de déterminer que les fictions médicales influencent largement la relation médecin-malade en modifiant le regard que portent les patients sur leur médecin mais aussi en modifiant leurs impressions sur la profession médicale en elle-même. Le médecin de fiction semble avoir une influence positive sur le patient-spectateur en terme de connaissances médicales. A travers les fictions, le patient a l'impression d'apprendre la médecine, de comprendre le fonctionnement du corps humain et donc de mieux se comprendre en tant qu'être vivant. Les messages délivrés par le biais

des fictions semblent être assimilés par les patients et encouragent ces derniers dans la recherche d'explications, d'informations, renforçant ainsi la relation médecin-malade en favorisant l'éducation thérapeutique. Néanmoins, les fictions médicales véhiculent des idées erronées de guérison miraculeuse, de toute-puissance du médecin pouvant s'avérer néfaste pour la relation médecin-malade. Fort des aventures extraordinaires se déroulant à l'écran, le patient en attend de même de son médecin. Ces représentations induisent une altération de la relation médecin-malade responsable d'un manque d'observance du patient par perte de confiance du patient envers son médecin.

4.3.5. Le médecin généraliste, un médecin pas comme les autres !

Selon la définition européenne, la médecine générale est une spécialité médicale clinique orientée vers les soins primaires. Nous nous sommes rendu compte que cette notion de spécialité médicale n'était pas une évidence pour les patients. En effet, au cours de notre étude, les patients interrogés ont effectué une nette distinction entre leur médecin généraliste, dénommé « médecin traitant » ou « médecin de famille » et les médecins spécialistes. Ainsi, selon l'opinion publique, le terme de « médecin spécialiste » semble être un synonyme de « médecin hospitalier » ou du moins désigné tous praticiens autres que le médecin généraliste. Néanmoins, la reconnaissance de la spécialité en médecine générale est régie par le Décret du 19 Mars 2004 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste. Bien que le décret existe depuis plus de 10 ans, les patients continuent à séparer incontestablement la médecine générale des autres spécialités. Ainsi, nous pouvons entrevoir que le médecin généraliste aux yeux des patients-spectateurs apparaît comme un médecin à part et donc un médecin différent des autres spécialistes. Nous avons observé que cette différence entre les spécialités pouvait trouver une explication au cœur de la relation médecin-malade à travers le contact privilégié que le médecin généraliste nourrissait avec son patient.

Le médecin généraliste est habituellement le premier contact des patients avec le système de soins permettant un accès ouvert et non limité, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée. Le médecin généraliste se doit d'utiliser de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion des recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient. Il développe une approche centrée sur la personne

dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires. Il utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée. Il a la responsabilité d'assurer les soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient. Il base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des pathologies en soins primaires. Il gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient. Il intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des pathologies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide. Il favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace. Il a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté et répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle [50].

Dès lors que nous abordons le concept de médecin généraliste, la notion de médecin traitant surgit. En effet, le médecin généraliste est le médecin traitant de chaque patient, chargé de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur pathologie. Il prend en charge les patients dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Il accepte d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers sa communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec ses patients, il intègre les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Son activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Il agit personnellement ou fait appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Il a la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de ses compétences professionnelles, de son équilibre personnel et de ses valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.

Nous nous sommes rendu compte au cours de notre étude que les patients avaient une idée précise des rôles et devoirs du médecin généraliste. Il semble que l'art cinématographique et télévisuel permet aux patients-spectateurs d'entrevoir toutes les facettes du métier de médecin généraliste et d'en apprécier toutes les compétences. Comme nous l'avons déjà souligné, les patients lors des différents entretiens ont pu discuter des différentes compétences fondamentales du médecin généraliste, ce qui prouve que ces compétences sont clairement exposées dans les fictions médicales.

De la même manière, la société européenne de médecine générale considère que le médecin généraliste doit appliquer ces compétences dans trois champs d'activité : la démarche clinique, la communication avec le patient et la gestion du cabinet médical. La médecine générale étant une discipline scientifique centrée sur la personne, trois dimensions spécifiques doivent être considérées comme fondamentales : la dimension contextuelle, comportementale et scientifique. En effet, le médecin doit utiliser le contexte de la personne, la famille, la communauté et la culture. Son activité professionnelle doit se baser sur ses capacités professionnelles mais aussi sur ses valeurs et son éthique. Enfin, il doit adopter une approche critique basée sur la recherche et maintenir cette approche par une formation continue et une amélioration de la qualité. Nous avons été surpris de remarquer que les patients interrogés étaient capables de débattre de tous ces aspects de la profession. Nous pouvons donc conclure que l'interrelation entre les compétences fondamentales du médecin généraliste, les champs d'activité et les dimensions spécifiques caractérisent selon les patients la discipline et souligne la complexité de cette spécialité. Il semble que ce soit cette interrelation complexe des compétences fondamentales qui attirent les patients et qui permet aux patients de nouer une relation de confiance avec leur médecin.

Notre étude a permis de soulever certaines caractéristiques inhérentes au médecin généraliste. Il a été observé que le médecin généraliste était sous-représenté à l'écran comparativement à certaines autres spécialités notamment hospitalières. Nous nous sommes demandé si le fait que le médecin généraliste soit peu représenté dans l'art cinématographique et télévisuel était synonyme de mauvaise image de la part du patient-spectateur. Les patients ont une très bonne image de leur médecin généraliste et la plupart du temps, cette image est bien plus positive que l'image des autres spécialistes. Cependant, nous avons pu montrer que le médecin généraliste apparaît moins attrayant que les grands chirurgiens et il semble que cela soit un argument suffisant de non représentation pour les scénaristes. Néanmoins, bien qu'ayant un impact cinématographique et télévisuel moindre, le médecin généraliste n'est pas pour autant porté disparu dans les fictions médicales, bien au contraire d'ailleurs. En effet, nous avons pu nous rendre compte que le médecin généraliste est un personnage quasi-récurrent dans toutes les fictions cinématographiques ou télévisuelles. Cependant, à la différence des grands pontes qui crèvent l'écran, le médecin généraliste passe le plus souvent inaperçu mais il reste néanmoins présent. En effet, il a été observé par les patients-spectateurs que le personnage du médecin généraliste était très souvent présent dans les fictions, qu'il s'agisse de fictions médicales ou autres d'ailleurs même s'il est rarement le protagoniste de l'intrigue. Ainsi, même s'il ne

demeure pas le sujet principal du film, le médecin généraliste est présent à l'écran, affirmant son importance au sein de la société et aux yeux des patients.

Les patients-spectateurs ont une haute opinion de leur médecin généraliste, qu'il caractérise volontiers avec des adjectifs élogieux et prestigieux. Nous avons remarqué que dès que les patients-spectateurs parlent de leur médecin généraliste, les qualités prédominent sur les défauts, à la différence des autres spécialités décriées et critiquées par les patients notamment par leur manque de qualités humaines. Bien que largement plébiscité par les patients, nous avons observé que l'image du médecin généraliste véhiculée par le cinéma et la télévision était rarement élogieuse. En effet, les patients-spectateurs ont eu recours à de multiples reprises à des diminutifs de type « le petit médecin généraliste », « avec son petit costume , sa petite sacoche et son petit stéthoscope »...Nous nous sommes interrogés sur la valeur de ces diminutifs. Logiquement, il n'y a aucune raison pour que le médecin généraliste soit plus petit que les autres médecins, cependant ce terme « petit » semble être récurrent dès lors qu'on parle du médecin généraliste. Bien que certains aient affirmé que le médecin généraliste ne faisait pas rêver et donc qu'il s'agissait d'une caractérisation négative, nous pouvons extrapoler que ces diminutifs sont des marques d'affection du patient-spectateur envers le médecin. En effet, à travers ces termes, le patient-spectateur signifie la proximité qu'il entretient avec le médecin généraliste à la différence des « grands » médecins jugés inaccessibles et inhumains. De plus, l'apparence physique du médecin généraliste semble avoir été étudiée par les patients-spectateurs. La sacoche et le stéthoscope semblent être les instruments indispensables à tout bon médecin qui se respecte, véritable outil symbolique, à la manière des baguettes magiques des fées. Nous nous sommes rendu compte que l'apparence vestimentaire était aussi influente sur le patient-spectateur et était souvent assimilée à un type d'exercice médical bien précis. Ainsi, quand le médecin généraliste exerce en ville, il est classiquement représenté à l'écran, le plus souvent, sous les traits d'un homme d'une quarantaine d'année, portant un costume sombre, une cravate et une chemise claire, véhiculant ainsi l'image du parfait bourgeois. Alors que le médecin de campagne est plus volontiers représenté sous les traits d'un homme simple, en jean baskets, réalisant ses visites en deux-chevaux et n'aspirant qu'à profiter des joies de la campagne. Derrière ces remarques vestimentaires quelque peu futiles, se cache un thème récurrent dès lors que l'on aborde le sujet de la médecine générale : la différence entre médecin généraliste de ville et médecin généraliste de campagne. Cette comparaison n'a bien évidemment pas été omise par les patients-spectateurs lors des différents entretiens. Nous nous sommes rendu compte que les patients avaient des idées bien arrêtées sur les deux genres d'exercices médicaux qu'ils jugent différents et totalement dissociés. Ainsi, le médecin généraliste urbain semble

recueillir moins de suffrages que son collègue rural. En effet, le médecin de campagne semble avoir toutes les qualités indispensables d'un bon médecin généraliste : disponible, empathique, compétent, professionnel mais aussi peu moralisateur, endossant à merveille le rôle de conseiller, de guide mais aussi confident. Le médecin urbain quant à lui est décrit par les patients-spectateurs comme un bon technicien et devient donc un vulgaire prestataire de service. Ces deux aspects semblent bien présents à l'écran et les patients-spectateurs trouvent des similitudes avec la réalité. Ainsi, nous pouvons considérer que selon les patients deux carrières médicales s'opposent au sein de la médecine générale : la carrière moderne mais quelque peu arrogante et déshumanisée de médecin de ville et la carrière modeste mais vertueuse et humaine de médecin de campagne. Nous pouvons constater que cette carrière rurale est idéalisée par les patients-spectateurs. Néanmoins, il nous faut nuancer les résultats. En effet, dans notre population d'étude, tous les patients, qu'ils résident en milieu rural ou urbain, ont des médecins ayant une activité urbaine. Nous pouvons donc considérer qu'aucun des patients de notre étude n'est en contact direct avec un médecin rural. Il semble donc difficile de généraliser ces résultats car les patients interrogés étant pris en charge par des médecins urbains ont plus facilement recours à la critique de ce type d'exercice et par la même occasion ont tendance à idéaliser ce qu'ils ne connaissent pas.

Par ailleurs, une autre notion abordée lors des *focus group* nécessite que nous nous y attardions, le concept de médecin de famille. Les patients-spectateurs semblent accorder une attention toute particulière à ce concept. Nous nous sommes rendu compte que le médecin généraliste occupe, selon les patients, une place particulière au sein des diverses spécialités. « Médecin traitant », « Médecin de famille », autant de qualificatifs pour caractériser cette relation privilégiée entre le patient et son médecin. Le médecin généraliste a été souvent lors de notre étude comparé au médecin de famille de la série « *La petite Maison dans la prairie* ». Cette comparaison bien qu'anecdotique démontre toute l'importance que les patients accordent à ce rôle de médecin de famille. En effet, les patients ont insisté sur le fait que le médecin généraliste, véritable omnipraticien suivait les patients tout au long de leur vie, parfois depuis leur petite enfance. La relation médecin-malade entretenue n'est donc pas la même que la relation du patient avec les autres spécialistes. Le médecin généraliste n'est pas un interlocuteur ponctuel mais un « compagnon de la vie », figure de confiance qui connaît le patient en tant qu'individu et l'appréhende dans sa globalité biopsychosociale [51]. Preuve que cette relation médecin-malade est singulière, le médecin généraliste est le spécialiste le plus apprécié des Français d'après l'étude BVA pour l'Académie Nationale de Médecine en 2009. Les Français considèrent la profession de médecin généraliste comme la plus prestigieuse de toutes. Le médecin généraliste recueille

91% d'opinion favorable selon les sondages. Ainsi, le médecin généraliste semble se positionner comme interlocuteur privilégié pour le patient-spectateur.

Nos conclusions semblent en accord avec une enquête récente sur l'image du médecin généraliste auprès des patients [52]. En effet, cette étude affirme que le médecin généraliste bénéficie d'une très bonne image globale. Il est considéré comme un professionnel compétent dans le diagnostic et la prise en charge thérapeutique de la plupart des problèmes de santé de ses patients, auprès desquels il fait également de la prévention. Parce qu'il sait leur donner des explications et les responsabiliser dans leurs décisions, le médecin généraliste a pour eux une image de conseiller sur leur santé. Le médecin généraliste a ainsi l'image d'un coordinateur de soins. Psychologue, très à l'écoute de ses patients, ces derniers le considèrent parfois comme un confident. La confiance et la fidélité sont également des éléments déterminants dans la relation médecin-patient. Le médecin généraliste a toujours un statut social particulier, même si son prestige s'est amoindri depuis les dernières décennies. Les patients reconnaissent chez le médecin sa volonté de rendre service à la population, et ce rôle est d'autant plus apprécié s'il y a la vocation philanthropique et le désintéret financier. Enfin, le généraliste est considéré comme un médecin de famille, parfois même un ami, qui reste plutôt disponible malgré sa durée quotidienne de travail.

Ainsi, nous pouvons considérer que le médecin généraliste est un omnipraticien à part, un spécialiste pas comme les autres. Plus que tout autre spécialiste, il change de casquette au fil des consultations, incarnant à tour de rôle le héros du quotidien, le psychiatre, le chirurgien, l'auxiliaire de police, le savant, le médecin déontologique mais aussi le chercheur, l'aventurier... Selon son diagnostic et sa prise en charge, il symbolise le prophète, le Dieu, le sorcier, le super-héros ou l'incarnation du Mal. Il est le subtil mélange entre le bon et le mauvais médecin. Il est l'autorité savante et intellectuelle, sait se comporter en figure paternelle pour ses patients lorsque la situation le nécessite mais sait conserver cette distance thérapeutique indispensable à la relation médecin-malade. Il peut être responsable d'une grande partie de l'efficacité des thérapeutiques qu'il prescrit, agissant comme un véritable effet placebo sur le patient tant la relation médecin-malade est forte. Ainsi, à la différence des autres spécialistes qui restent cloisonnés dans leur spécialité et ne renvoyant qu'une seule représentation, le médecin généraliste est un caméléon. Il peut incarner à lui seul toutes les icônes cinématographiques et télévisuelles que nous avons pu répertorier dans cette étude. Le médecin généraliste devient alors le miroir d'une profession, reflétant tous les aspects positifs et négatifs de l'exercice médical libéral mais aussi projetant les fantasmes des patients-spectateurs.

Ainsi, les représentations cinématographiques et télévisuelles de ce médecin généraliste aux multiples visages ne peuvent qu'influencer le patient et par conséquent la sacro-sainte relation médecin-malade.

Conclusion

Qu'il incarne une icône héroïque à la manière des Grands Hommes ou du héros du quotidien, qu'il se batte pour des causes éthiques, qu'il s'insurge contre l'horreur et la souffrance de la guerre, qu'il endosse le rôle du médecin légiste, du médecin expert ou du médecin de prison, qu'il manie le colt avec plus d'habileté que le bistouri, qu'il navigue sur les océans en bravant les tempêtes, luttant contre les épidémies et se battant pour l'Humanité, qu'il suscite le rire chez ses patients ou au contraire la peur et l'effroi, ou qu'il endosse le rôle du savant fou en proie à la l'expérimentation et à la Science, le médecin à l'écran fascine et interpelle le patient-spectateur.

A travers cette dissection des différents traits de personnalités des médecins à l'écran et ce portrait en mosaïque, nous nous sommes rendu compte que tous les genres cinématographiques et télévisuels avaient recours à l'image du médecin. Ainsi, le médecin devient une icône populaire incontournable au cinéma et à la télévision. L'essor actuel des fictions médicales cinématographiques et surtout télévisuelles permet d'entrevoir toute l'étendue de l'influence de ces fictions sur le patient-spectateur et par conséquent sur la relation qu'il nourrit avec le médecin dans la réalité. Le médecin semble personnifier cette relation médecin-malade et devient le porte-flambeau de cette relation thérapeutique.

Nous avons observé que les fictions médicales modifient considérablement l'image que les patients-spectateurs ont des médecins et d'autant plus des médecins qu'ils côtoient. Le médecin symbolise parfaitement la dualité entre le bien et le mal, entre le bon et le mauvais, entre le beau et le vilain. De plus, le médecin renvoie l'image d'un mythe fondateur aux mille visages, incarnant à merveille un prophète, un sorcier, un Dieu mais aussi un super-héros doté de pouvoirs surhumains. Alors que la qualité du médecin la plus citée par les patients-spectateurs reste son comportement humain et faillible, les patients nourrissent de fausses croyances et perdurent des clichés ancestraux sur la profession et sur le personnage même du médecin. Ces *a priori* sont volontiers amplifiés par les fictions médicales qui véhiculent la notion du médecin, symbole de dernier recours.

Nous pouvons donc conclure que l'influence de l'image du médecin à l'écran sur le patient-spectateur est indéniable et que la relation médecin-malade est par conséquent modifiée. Cependant, cette modification se révèle être à double tranchant. En effet, les fictions médicales à travers la représentation cinématographique et télévisuelle permet une démythification de l'environnement médical et du corps médical, rendant plus aisée la relation médecin-malade. Le patient appréhende moins ce qu'il a l'impression de connaître

et par le biais du grand ou du petit écran, le patient semble maîtriser le jargon, est familiarisé avec les thérapeutiques, n'est plus impressionné par cette nuée de blouses blanches sillonnant les couloirs de l'hôpital... Les patients-spectateurs semblent accepter plus aisément la pathologie dès lors qu'elle est abordée à l'écran. Ainsi, les fictions, en utilisant la maladie en toile de fond, contribuent à dédramatiser les pathologies et à permettre leur acceptation par les patients. De plus, les fictions médicales permettent aux patients de comprendre la vie de leur médecin, bien que la scénarisation amplifie la réalité. Il semble donc que les patients-spectateurs soient plus indulgents avec leur médecin depuis l'émergence des fictions médicales. Ces dernières ont donc un rôle facilitateur dans la relation médecin-malade non négligeable et deviennent une corde supplémentaire à l'arc du médecin pour rentrer en interaction avec son patient. Néanmoins, ces fictions n'ont pas que des influences positives sur le patient-spectateur. A travers cette image de justicier et de sauveur, les patients-spectateurs s'attendent à voir les mêmes prouesses de la part de leur médecin et sont donc plus exigeants quant aux compétences médicales du médecin. Ils deviennent intransigeants face aux erreurs médicales et voient en leur médecin un prestataire de service voire un médecin-épicier, ce qui contribue à altérer la relation médecin-malade.

Les fictions médicales n'ont pas oublié de représenter à l'écran le médecin généraliste qui se positionne en véritable spécialiste de la relation médecin-malade selon les patients. Bien que le médecin généraliste soit sous-représenté à l'écran en tant que personnage principal, nous avons remarqué qu'il est un personnage récurrent voire omniprésent dans toutes les fictions qu'elles soient médicales ou autres, ce qui constitue un argument de poids concernant l'importance de cette spécialité aux yeux des patients. Le médecin généraliste à l'écran a une position particulière ; il apparaît moins critiqué par les patients-spectateurs et semble doté de grandes qualités humaines. Néanmoins, l'image du médecin généraliste reste stéréotypée avec le recours fréquent au diminutif. Ainsi, le médecin généraliste devient « le petit médecin généraliste authentique effectuant sa petite consultation avec son petit stéthoscope et sa petite sacoche ». Nous nous sommes rendu compte que l'image du médecin généraliste à l'écran ne transcende pas les patients-spectateurs qui préfèrent voir un beau chirurgien en pleine opération ou un médecin-chercheur luttant contre une grande épidémie. Bien que le médecin généraliste par l'intermédiaire de son image cinématographique et télévisuelle ne fasse pas vibrer les foules, il reste cependant le spécialiste préféré des Français, notamment grâce à la relation thérapeutique de confiance qu'il sait faire grandir au fil des consultations. Le médecin généraliste semble savoir se servir habilement de cette relation, en dosant avec précision distance sociale, implication et neutralité. Les fictions médicales ont donc influencé

positivement la relation que le patient partage avec son médecin de famille, en contribuant à l'amplifier et à la replacer au centre de la prise en charge thérapeutique.

Notre étude s'est focalisée à analyser les influences des fictions médicales sur le patient-spectateur et de surcroît sur la relation médecin-malade. Néanmoins, nous avons précisé que pour qu'une relation existe et perdure, il faut qu'elle mette en rapport au moins deux personnes et dans ce cas précis, le patient et son médecin. Nous pouvons affirmer que les fictions médicales par l'intermédiaire des multiples représentations du médecin à l'écran influencent considérablement le patient-spectateur. De même, le médecin peut être à son tour un spectateur occasionnel de ces fictions médicales. Pouvons-nous supposer que les fictions influencent le médecin-spectateur de la même manière qu'elles influencent le patient-spectateur ? Et si cela est le cas, de quelle nature sont ces influences ? Ainsi, nous pouvons être amenés à penser qu'une évaluation de l'influence des représentations cinématographiques et télévisuelles du médecin sur le médecin-spectateur pourrait faire l'objet d'une étude à part entière. Il nous paraît intéressant de confronter les résultats de notre étude avec ceux d'une étude à venir concernant les influences des fictions médicales sur le médecin, afin de pouvoir généraliser et analyser en profondeur l'impact de ces figures emblématiques cinématographiques et télévisuelles sur l'opinion publique, patients et professionnels de santé.

Bibliographie

- [1]. MONDOR H. « *Grands médecins presque tous* ». Paris, France : Editions Corrèa, 1946. 412 p.
- [2]. FILLAUT T. « Image de la médecine rurale et médicalisation des campagnes dans les années Cinquante et Soixante. L'exemple de la Bretagne ». *Sociétés Représentations*. 2009. Vol. 28, n°2, p. 135.
Disponible sur : <<http://dx.doi.org/10.3917/sr.028.0135> > (consulté le 20 mai 2015)
- [3]. GUY LESOEURS. « *La Santé à l'écran: médecine et patients au cinéma* ». Anthropologie au coin de la rue, Paris, Téraèdre.160 p.
- [4]. PERRET JG. « Le médecin, héros cinématographique ». 1971. n°spécial Juin, p. 42-49.
- [5]. GAY ROGER. « Médecine et système de pensée ». In : *Actes XXXème Congrès Natl. Société Médiacle Balint*. Limoges, 2000.
- [6]. ZARIFIAN É. « La psychiatrie et le cinéma, une image en miroir ». *Trib. Santé*. 1 août 2006. Vol. n° 11, n°2, p. 39-45.
- [7]. LEJOYEUX M. « *Cinéma et Psychiatrie: 14 cas cliniques dans le cinéma* ». Lilly France, 2005. 135 p.
- [8] « S. Kubrick - Orange mécanique - La Cinémathèque française »,
Disponible sur :
<<http://www.cinematheque.fr/fr/dans-salles/hommages-retrospectives/revues-presse/kubrick/kub-orange1.html> > (consulté le 15 mai 2015)
- [9]. POURROY J. « *Urgences, le guide officiel* ». La Martingale, 1997. 253 pages p.
- [10]. WEINGART P., HUPPAUF B. « *Science Images and Popular Images of the Sciences* », Routledge, 2012. 330 p.
- [11]. EBERT R. « Magnolia Movie Review & Film Summary », 1999
Disponible sur :
< <http://www.rogerebert.com/reviews/great-movie-magnolia-1999> > (consulté le 11 mai 2015)
- [12]. JurisPedia, le droit partagé. « Code de déontologie médicale.
Disponible sur :
<http://fr.jurispedia.org/index.php/Code_deontologie_medicale_Devoirs_des_medecins_envers_les_malades > (consulté le 11 mai 2015)

- [13] JAECK NATHALIE. « *Les aventures de Sherlock Holmes: une affaire d'identité* », Presses universitaires de Bordeaux, Pessac, 2008.
- [14]. JACOBY HENRI. « *Dr House: les secrets d'un antihéros* », Music and Entertainments Books.
- [15]. CHEVALLIER JACQUES. « *Le cinéma burlesque américain au temps du muet* », Institut National Pédagogique, 2006.
- [16]...MALTHÊTE J., MARIE M. « *Georges Méliès, l'illusionniste fin de siècle?: actes du colloque de Cerisy-la-Salle* », 13-22 août 1996, Presses Sorbonne Nouvelle, 1997. 464 p.
- [17]. GORDON R. B. « *Why the French Love Jerry Lewis* », From Cabaret to Early Cinema, Stanford University Press, 2001. 300 p.
- [18]. BEYLIE C. « *Les films clés du cinéma* », Larousse Poche, 1987.
- [19]. « Knock de Jules Romains ».
- Disponible sur :
< <http://www.etudes-litteraires.com/knock-jules-romains.php> > (consulté le 8 mai 2015)
- [20]. « ROCARE », « *Extraits de guides pour la Recherche Qualitative* ».
- Disponible sur :
< <http://www.ernwaca.org/panaf/RQ/fr/definition.php> > (consulté le 27 mai 2015)
- [21]. B. MILES M, HUBERMAN A. M. « *Analyse des données qualitatives. 2ème édition* », De Boeck, 2003. 626 p.
- [22]. LETRILLART L., BOURGEOIS I., VEGA A., CITTEE J., LUTSMAN M. « *Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative* ». Vol. 20, n°N°87, p. 74-79.
- [23]. AUBIN-AUGER I. « *Introduction à la recherche qualitative* ». 2008. Vol. volume 19, n°numéro 84,.
- [24]. LE BRETON J. « *Séance d'initiation méthodologique - Mener une enquête qualitative* », 2012.
- Disponible sur :
< http://www.medecinegencreteil.net/wp_creteil/wpcontent/uploads/2014/03/Aide_méthodo_enquête_questionnaire.pdf > (consulté le 7 juin 2015)
- [25]. BLANCHET A, GOTMAN A. « *L'enquête et ses méthodes: l'entretien* », Nathan.Paris, France, 1992. 127 pages.
- [26] MAYSN, HOPE C. « *Qualitative research: rigour and qualitative research* », BMJ, 1995. 311 pages p.

- [27]. MUTEL MADELEINE, SIBELET NICOLE. « L'interprétation des données: l'examen discursif », 2013.
Disponible sur : < http://entretiens.iamm.fr/pluginfile.php/314/mod_resource/content/2/D-Traiter_DONnees/DO_10_interpretation_donnees_fr_avril13.pdf > (consulté le 14 septembre 2015)
- [28]. MAYS N, HOPE C. « *Assessing quality in qualitative research* ». BMJ, 2000.
- [29]. VAUCHEZ ANDRÉ. « *Prophètes et prophétisme* », Paris, Ed. du Seuil, 2012. 496 p.
- [30]. CENDRARS B. « *Le lotissement du ciel* », 1949.
- [31]. STENGERS ISABELLE, NATHAN TOBIE. « *Médecins et sorciers* », 2012.
- [32]. « La différence entre Dieu et un médecin », [s.d].
Disponible sur :
< <http://www.martinwinckler.com/spip.php?article617> > (consulté le 5 septembre 2015)
- [33]. V.M. « *Dr Mamour, Dr Ross, Dr Glamour.... épidémie de médecins sexy dans les séries!* ». Purepeople. 11 mars 2011.
- [34]. « *Qu'est-ce qu'un être humain ?* », Ernest,
Disponible sur :
< <http://www.les-ernest.fr/quest-ce-quun-etre-humain/> > (consulté le 11 septembre 2015)
- [35]. ETHIS E. « *Sociologie du cinéma et de ses publics* », A. Colin. Paris, France, 2005.
- [36]. ULMANN J-M., AMIEL V., BINH N.T., RAMASSE F. « *Les médecins au cinéma* ». Mai 1993. n°194.
- [37]. « Big Hero 6: Let's Build Baymax ».
Disponible sur : < <http://www.cs.cmu.edu/~cga/bighero6/> > (consulté le 11 septembre 2015)
- [38]. BLUM C. « *Vous aimez les séries, ce livre est pour vous* », 2015.
- [39]. Dr ESTURILLO G. « *La relation médecin-malade* », cours Faculté de Grenoble, Janvier 2005.
- [40]. BLUM C. « *Séries, une addiction planétaire* », Editions de la Martinière, 2011. 300 p.
- [41]. WINCKLER M. « *Les miroirs de la vie: histoire des séries américaines* », Le passage, 2005. 335 p.
- [42]. PENEFF J. « *L'hôpital en urgence. Etude par observation participante* », Métailié, Paris, France, 1992. , numéro 10-3.

- [43]. BRODIE M., FOEHR U., RIDEOUT V., BAER N., MILLER C., FLOURNOY R. and ALTMAN D., « *Communicating Health Information Through The Entertainment Media A study of the television drama ER lends support to the notion that Americans pick up information while being entertained* », *Health Affairs*, 2001.
- [44]. DAVIN S. « *Healthy viewing: the reception of medical narratives* », *Sociology of Health & Illness*, 2003.
- [45]. DAVIN SOLANGE. « *Urgences et ses spectateurs. La médecine dans le salon* », L'Harmattan, 2007.
- [46]. PARISOT S. « *Le médecin en tant qu'icône populaire dans les fictions cinématographiques et télévisuelles* », Marseille.
- [47]. CHAVLON-DEMERSAY S. « *La confusion des sentiments. Une enquête sur la série télévisée Urgences* », *Sciences, maladies et espace public, Réseaux*, volume 17 n°95, 1999, page 235-283.
- [48]. « Quand «Dr House» influence les malades ».
Disponible sur :
<<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2009/09/07/9760-quand-dr-house-influence-malades>>
(consulté le 17 septembre 2015)
- [49]....ESQUENAZI JP. « *La vérité de la fiction. Comment peut-on croire que les récits de fiction nous parlent sérieusement de la réalité?* », Ed. Hermès-Lavoisier.Paris, France, 2009.
- [50]. « *La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille* », WONCA Europe.
Disponible sur :
<<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCAdefinitionFrenchversion.pdf>> (consulté le 17 septembre 2015)
- [51]. Collège National des Généralistes Enseignants, « *Caractéristiques de la médecine générale* », *Abrégé de médecine générale*, Masson, 2009, 454 p.
- [52].MOUSSEL C. « *Le médecin généraliste en 2007- Evolution en 25 ans de l'image du praticien et des attentes des patients. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 108 sujets de la Vallée de la Fensch et du Pays Haut Lorrain* », 2009.
Disponible sur :
<http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2009_MOUSEL_CATHERINE.pdf>
(consulté le 18 septembre 2015)

[53]. BELMAS E., NONNIS-VIGILANTE S. , « *Les relations médecin-malade. Des temps modernes à l'époque contemporaine* », Histoire et civilisations, Presses Universitaires du Septentrion, 2013, 224 p.

[54]. FROT YM, « *Approchez la distance! De la distance à la proximité thérapeutique* », Journée Serpsy, 19 mars 2004

Filmographie

« Pasteur »(Jean Epstein, 1922),	26
« Pasteur » (Sacha Guitry, 1935).....	26-232
« La vie de Louis Pasteur » (William Dieterle, 1936).....	26
« Pasteur » (Alain Brunard, 2011).....	26
« La lutte héroïque » (Hans Steinhoff, 1937).....	26-80
« Paracelse » (Georg Wilhem Pabst, 1943).....	27
« Madame Curie » (Mervyn LeRoy, 1943).....	27-232
« L'odyssée du Dr Wassell » (Cecil B. DeMille, 1944).....	27-29-66-81
« Dr Laennec » (Maurice Cloche, 1948).....	27
« Le médecin de Stalingrad » (Geza von Radvanyi, 1958).....	27
« D'homme à hommes » (Christian-Jaque, 1948)	27
« Henry Dunant : du sang sur la croix » (Dominique Othenin-Girard, 2006).....	27
« Il est minuit Dr Schweitzer » (André Haguet, 1952).....	27-82
« Docteur Norman Béthune » (Philip Borsos, 1991).....	27-83
« Freud, passions secrètes » (John Huston, 1962).....	27
« Augustine » (Alice Winocour, 2012).....	28
« The country doctor » (DW Griffith, 1909).....	29
« Doctor Bull » (John Ford, 1932).....	29
« Le Journal d'un curé de campagne » (Robert Bresson, 1951).....	29
« Lamiel » (Jean Aurel, 1967).....	29
« L'amour à mort » (Alain Resnais, 1984).....	29
« La grande séduction » (Jean-François Pouliot, 2004).....	29
« Un village presque parfait » (Stéphane Meunier, 2015).....	30-222-224
« La maladie de Sachs » (Michel Deville, 1999). 30-59-62-158-160-162-167-223-228-	231-240
« La minute de vérité » (Jean Delannoy, 1952).....	31-40
« Bel amour » (François Campaux, 1950).....	31
« L'homme blessé » (Patrice Chéreau, 1983).....	31
« La crise » (Colline Serreau, 1992).....	31
« On connaît la chanson » (Alain Resnais, 1997).....	31
« Bonjour Toubib » (Louis Cuny, 1956).....	32
« La vie devant de soi » (Moshé Mizrahi, 1977).....	32

« Le docteur et le toubib » (Elliot Nugent, 1947).....	33
« Les Hommes en blanc » (Ralph Habib, 1955).....	33-36-58
« Syndromes and a Century » (Apichatpong Weerasethakul, 2007).....	33
« Knock ou Le Triomphe de la médecine » (Louis Jouvet, 1933)....	34-85-86-126-173-
.....	220
« Le cas du Docteur Galloy » (Maurice Boutel, 1949).....	34
« Le médecin et le sorcier » (Mario Monicelli, 1957).....	34
« On ne triche pas avec la vie » (René Delacroix et Paul Vandenberghe, 1949).....	34
« La fille aux yeux gris » (Jean Faurez, 1945).....	34
« Ashakara » (Gérard Louvin, 1991).....	34
« Leguignon guérisseur » (Maurice Labro, 1954).....	34
« Le médecin de Gafiré » (Mustapha Diop, 1985).....	34
« Le guérisseur » (Yves Ciampi, 1953).....	35
« L'emprise » (John Cromwell, 1934).....	35-37-105
« Un grand patron » (Yves Ciampi, 1951).....	36-39-220-223
« La gifle » (Claude Pinoteau, 1974).....	36
« Le fruit défendu » (Henri Verneuil, 1952).....	36
« La cité de la joie » (Roland Joffé, 1992).....	36-83
« Dis-moi oui ... » (Alexandre Arcady, 1995).....	36
« Hippocrate » (Thomas Lilti, 2014)	36-37-152-155--156-212
« Les Internes » (David Swift, 1962).....	36
« Les Nouveaux internes » (John Rich, 1964).....	36
« Beau fixe » (Christian Vincent, 1992).....	37
« Doctor's Academy » (Harvey Miller, 1985).....	37
« Toubib Academy » (Alan Smithee, 1986).....	37
« Intern Academy » (Dave Thomas, 2004).....	37
« L'expérience interdite » (Joel Schumacher, 1989).....	37
« Pour que vivent les hommes » (Stanley Kramer, 1955).....	39
« John Q » (Nick Cassavetes, 2002).....	39
« RAK » (Véra Belmont, 1972).....	39
« On murmure dans le ville » (Joseph L. Mankiewicz, 1951).....	40-63-73
« Victoire sur la nuit » (Edmund Goulding, 1939).....	40
« Les cavaliers » (John Ford, 1959)	40

« M.A.S.H » (Robert Altman, 1970).....	40-68-87
« La piel que habito » (Pedro Almodovar, 2011).....	41
« Annie Hall » (Woody Allen 1979).....	42
« Manhattan » (Woody Allen, 1979).....	42
« Vicky Cristina Barcelona » (Woody Allen, 2008).....	42
« Intérieurs » (Woody Allen , 1978).....	42
« Zelig » (Woody Allen, 1983).....	42
« New York Stories » (Woody Allen, 1989).....	42
« Tout le monde dit I love you » (Woody Allen,1996).....	42
« L'amour est une grande aventure » (Blake Edwards, 1988).....	42
« Les Mystères d'une âme / Les Secrets d'une âme » (Georg Wilhelm Pabst, 1926).....	42
« Angoisse » (Jacques Tourneur, 1945).....	42
« Pressure Point » (Hubert Cornfield, 1962).....	42
« Soudain l'été dernier »(John L. Mankiewicz, 1959)	42
« L'homme de ma vie » (Stephane Kurc, 1999).....	43
« Mafia Blues » (Harold Ramis, 1999).....	43
« Mafia Blues II » (Harold Ramis, 2002).....	43
« Petites confidences (à ma psy) » (Ben Younger, 2005).....	43
« Psychose » (Alfred Hitchcock, 1960).....	44
« La mort aux enchères » (Robert Benton, 1982).....	44
« Color of Night » (Richard Rush, 1994).....	44
« La Dernière cible » (Buddy Van Horn, 1988).....	44
« Dragon Rouge » (Brett Ratner, 2002).	44-74
« La Toile d'araignée » (Vincente Minnelli, 1955).....	44-49
« La Tête contre les murs » (Georges Franju, 1959).....	44-47-222
« La Cage aux femmes » (Hall Bartlett, 1963).....	44
« Don Juan de Marco » (Jeremy Leven, 1995).....	45
« Shutter Island » (Martin Scorsese, 2009).....	45
« Stormy Weather » (Solveig Anspach, 2003).....	45
« Will Hunting » (Gus Van Sant, 1997).....	45
« Sixième sens » (M. Night Shyamalan, 1999).....	45
« Family life » (Ken Loach, 1971)	46

« Le journal d'une schizophrène » (Dino Risi, 1967).....	46
« Sybil » (Daniel Petrie, 1976)	46
« Jamais je ne t'ai promis un jardin de roses » (Anthony Page, 1977).....	46
« La grande citrouille » (Francesca Archibugi, 1993).....	46
« Birdy » (Allan Parker, 1985).....	46
« Shock Corridor » (Samuel Fuller, 1963)	47
« Vol au-dessus d'un nid de coucou » (Milos Forman, 1975).....	47-222
« La fosse au serpents » (Anatole Litvak, 1948).....	47
« Lilith » (Robert Rossen, 1964).....	47
« Histoire de Paul » (René Feret, 1974).....	47
« Le jour des idiots » (Barbet Schroeder, 1981).....	47
« La fille de Trieste » (Pasquale Campanile, 1982).....	47
« 37°2 le matin » (Jean-Jacques Beineix, 1985).....	47
« Quelques jours avec moi » (Claude Sautet, 1988).....	47
« Quills-la plume et le sang » (Philip Kaufman, 2000).....	47
« Orange mécanique » (Stanley Kubrick, 1971).....	48
« Dossier 51 » (Michel Deville, 1978).....	48
« Le cabinet du Docteur Caligari » (Robert Wiene, 1919).....	48-91
« Le Testament du Docteur Mabuse » (Fritz Lang, 1932).....	48-91-92
« The Mad Doctor » (Tim Whelan, 1941)	48
« Le Corbeau » (Henri-Georges Clouzot, 1943).....	48
« La Maison du Docteur Edwardes » (Alfred Hitchcock, 1945).....	49-237
« Stonehearst Asylum » (Brad Anderson, 2014).....	49
« Jerry chez les cinq » (Frank Tashlin, 1964).....	49
« Quoi de neuf Pussy Cat ? » (Clive Donner, 1965)	49
« Harvey » (Henry Koster, 1950).....	49
« Le grand frisson » (Mel Brooks, 1977).....	49
« Trois sur un sofa » (Jerry Lewis, 1966).....	49
« Les secrets professionnels du Dr Apfelglück » (Alessandro Capone, Stéphane Clavier, Mathias Ledoux, Hervé Palud, Thierry Lhermitte, 1990).....	49
« La toubib du régiment » (Nando Cicero, 1976).....	51
« La toubib aux grandes manœuvres » (Nando Cicero, 1977).....	51
« La toubib prend du galon » (Nando Cicero, 1978).....	51

« La doctoresse a des gros seins » (John Love, 1985).....	52
« Max et la doctoresse » (Max Linder, 1909).....	52
« La Doctoresse » (Georges Monca, 1910).....	52
« Woman Doctor » (Sidney Salkow, 1939)	52
« L'amour d'une femme » (Jean Gremillon, 1953).....	52
« The girl in white » (John Sturges, 1952).....	53
« The Blackwell Story » (James Neilson, 1957).....	53
« Catherine Courage » (Jacques Duquesne, 1993)	53
« Heaven & Earth » (Marleen Gorris, 2012).....	53
« On ne triche pas avec la vie » (René Delacroix et Paul Vandenberghe, 1949).....	54
« Mary Stevens MD. » (Lloyd Bacon, 1933).....	54
« Une étrangère dans la ville » (Mervyn Leroy, 1955).....	54
« Le confident de ces dames » (Jean Boyer, 1959).....	54
« Le Secret de Soeur Angèle » (Léo Joannon, 1955).....	54
« Docteur Françoise Gaillard » (Jean-Louis Bertucelli, 1975).....	54-223
« Et la vie et les larmes et l'amour » (Nikolai Goubenko, 1983).....	54
« Le hasard et la violence » (Philippe Labro, 1974).....	55
« J'ai horreur de l'amour » (Laurence Ferreira Barbosa, 1997).....	55
« Hôtel des Amériques » (André Téchiné, 1981).....	55
« La cité des anges » (Brad Silberling, 1998).....	55
« Mary à tout prix » (Bobby et Peter Farrelly, 1998).....	55
« La frontière chinoise » (John Ford, 1965)	55-80
« Apparitions » (Tom Shadyac, 2002).....	55
« Les Larmes du Soleil » (Antoine Fuqua, 2003).....	55-83
« Le journal d'une femme en blanc » (Claude Autant-Lara, 1965).....	55-59
« Fréquence meurtre » (Elizabeth Rappeneau, 1988).....	55
« Morts Suspectes » (Michael Crichton, 1978).....	55-73
« Anatomie I et II » (Stefan Ruzowitzky, 2001-2003).....	55-73-104
« Le démon dans l'île » (Francis Leroy, 1982).....	55
« Le secret de Veronika Voss » (Reiner Werner Fassbinder, 1981).....	56
« Le moment le plus beau » (Luciano Emmer, 1957).....	57
« Le cas du Dr Laurent » (Jean-Paul Le Chamois, 1956).....	57
« L'éternelle victime » (Léopold Biberti et Marina Rainer, 1947).....	58

« The case of Patty Smith » (Leo A. Handel, 1962).....	58
« Amok » (Joël Farges, 1939).....	58
« Un linceul n'a pas de poche » (Jean-Pierre Mocky, 1974).....	58
« Les Mauvaises rencontres » (Alexandre Astruc, 1955).....	58
« Where are my children ? » (Lois Weber et Phil Smalley, 1916).....	59
« Un carnet de bal » (Julien Duvivier, 1937)	59
« L'assassin habite au 21 » (Henri-Georges Clouzot, 1942).....	59-74
« Histoire de détective » (William Wyler, 1951)	59
« La vie normale » (André Carpack, 1966).....	59
« Le nouveau journal d'une femme en blanc : une femme en blanc se révolte » (Claude Autan-Lara, 1966).....	59
« Before I hang » (Nick Grinde, 1940)	60
« Sous le plus grand chapiteau du monde » (Cecil B. de Mille, 1952).....	60
« Meurtres» (Richard Poitiers, 1950).....	60
« Le Buisson ardent» (Daniel Petrie, 1959)	60
« Il faut sauver le soldat Ryan » (Steven Spielberg, 1998).	60
« Cran d'arrêt » (Yves Boisset, 1969).....	60
« Justice est faite » (André Cayatte, 1950).....	60
« Un soir sur la plage » (Michel Boisrond, 1980).....	60
« La Belle endormie » (Marco Bellochio, 2013).....	60
« Mar Adentro » (Alejandro Amenábar, 2005).....	60
« Million Dollar Baby » (Clint Eastwood, 2005).....	60
« Amour » (Michael Haneke, 2012).....	60
« Johnny s'en va-t-en guerre » (Dalton Trumbo, 1971).....	61-68
« C'est ma vie après tout ! » (John Badham, 1981).....	61
« Magnolia » (Paul Thomas Andersen, 1999).....	62
« Le Viager » (Pierre Tchernia, 1971).....	62-76
« La vie d'un homme honnête » (Sacha Guitry, 1952).....	62
«The Secret Life of Words » (Isabel Coixet, 2005).....	62
« Homme, Femme Mode d'emploi » (Claude Lelouch, 1996).....	63
« Ripley's Game » (Liliana Cavani, 2002).....	63
« Oeil pour œil » (André Cayatte, 1956).....	63
« Carnets de voyage » (Walter Salles, 2004).....	63-131-160-220

« Le Che, 1ère partie : l'Argentin » (Steven Soderbergh, 2008).....	64
« Le Che 2ème partie : Guerilla » (Steven Soderbergh, 2008).....	64
« Le Déjeuner sur l'herbe » (Jean Renoir, 1959).....	64
« Il n'y a pas de fumée sans feu » (André Cayatte, 1973).....	64
« Les Chiens » (Alain Jessua, 1979).....	64
« Cas de conscience » (Richard Brooks, 1950).....	64-82
« Le dernier roi d'Écosse » (Kevin MacDonal, 2006).....	64-220
« Une exécution ordinaire » (Marc Dugain, 2010).....	64
« Le Professeur Mamlock » (Adolphe Minkin, 1938).....	65
« Korczak » (Andrzej Wajdan 1990).....	65
« Kroustalinov, ma voiture ! » (Alexei Guerman, 1999)	65
« La déchirure » (Roland Joffé, 1985).....	65
«Le retour» (Mervyn LeRoy, 1948).....	65
«Quand passent les cigognes» (Mikhail Kalatozov, 1957)	65
«Un pont trop loin» (Richard Attenborough, 1977).....	65
«Les quatre filles du Docteur March» (George Cukor, 1933).....	66
«Les cinquante-cinq jours de Pékin» (Nicholas Ray, 1962).....	66
«Le Dr Jivago» (David Lean, 1965)	66
«Arrêtez les tambours» (Georges Lautner, 1960).....	66
«Un taxi pour Tobrouk» (Denys de la Patellière, 1961).....	66
«Le vieux fusil» (Robert Enrico, 1975).....	66-75
«Le vent de la Toussaint» (Gilles Béhat, 1989).....	67
«Les portes de feu» (Claude Bernard-Aubert, 1971).....	67
«La ligne de démarcation» (Claude Chabrol, 1966).....	67
«Le Docteur Petiot» (Christian de Chalonge, 1990).....	67-74-213
«La chatte sort ses griffes» (Henri Decoin, 1959).....	67
«La colline des hommes perdus» (Sidney Lumet, 1965).....	67
«Le Mur» (Serge Roullet, 1966).....	67
«Catch 22» (Mike Nichols, 1970).....	68
«Le toubib» (Pierre Granier-Deferre, 1979).....	68
«Nathalie, rescapée de l'enfer» (James Garnier, 1977)	68
«Les cavaliers de l'orage» (Gérard Vergez, 1983).....	68
«Les inconnus dans la maison » (Henri Decoin, 1941).....	71

« La vérité »(Henri-Georges Clouzot, 1960).....	71
« L'homme au crâne rasé » (André Delveaux, 1965).....	71
« Polar » (Jacques Bral, 1983).....	71
« Kamikaze » (Didier Grousset, 1986).....	71
« Scènes de crime » (Frédéric Schoendoerffer, 2000).....	71
« L'inspecteur Harry » (Don Siegel, 1970).....	71
« Gorky Park » (Michael Apted, 1983).....	71
« Le Sixième Sens » (Michael Mann, 1986).....	71-74
« Le veilleur de nuit » (Ole Bornedal, 1998).....	71
« De sang froid » (Richard Brooks, 1967).....	71
« Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère » (René Allio, 1976).....	71
« Armaguedon » (Alain Jessua, 1977).....	71
« 88 minutes » (John Avet, 2007).....	71
« Dédales » (René Manzor, 2002).....	71
« Nous sommes tous des assassins » (André Cayatte, 1952).....	72
« Médecin-chef à la santé » (Yves Rénier, 2012)	72
« Le Fugitif » (Andrew Davis, 1993).....	72
« Ne le dis à personne » (Guillaume Canet, 2006).....	72
« Mortel transfert » (Jean-Jacques Beineix, 2001).....	72
« La main à couper » (Etienne Périer, 1974).....	73
« La porte s'ouvre » (Joseph L. Mankiewicz, 1950).....	73
« Mesures d'urgence » (Michael Apted, 1996).....	73-99
« La cité sans voile » (Jules Dassin, 1948).....	73
« Frantic » (Roman Polanski, 1998).....	73
« La falaise » (Paul Barlatier, 1920).....	73
« Mensonges » (Jean Stelli, 1946).....	73
« Le couteau sous la gorge » (Jacques Severac, 1955).....	73
« Heat » (Michael Mann, 1995).....	74
« Le damné » (Andrew Wilson, 1997).....	74
« Romanzo Criminale » (Michele Placido, 2005).....	74
« Exilé » (Johnnie To, 2006).....	74
« Les valseuses » (Bertrand Blier, 1974).....	74

« Désir » (Frank Borzage, 1936).....	74
« Je n'ai pas tué Lincoln » (John Ford, 1936).....	74-81
« Los crímenes de Petiot » (José Luis Madrid, 1973).....	74
« L'auberge rouge » (Jean Epstein, 1923).....	74
« Le Silence des Agneaux » (Jonathan Demme, 1991).....	74
« Hannibal » (Ridley Scott, 2001).....	74
« Hannibal Lecter : les origines du mal » (Peter Webber et Pietro Scalia, 2007).....	74
« Docteur X » (Michael Curtiz, 1932).....	75
« L'Abominable Docteur Phibes » (Robert Fuest, 1971).....	75
« Pulsions » (Brian de Palma, 1980).....	75
« From Hell » (Albert et Allen Hughes, 2001).....	75-220
« Non coupable » (Henri Decoin, 1947).....	75
« L'homme voilé » (Maroun Bagdadi, 1987).....	75
« Dr Glass » (Mai Zetterling, 1968).....	75
« Un divorce heureux » (Henning Carlsen, 1975).....	75
« Les fous du roi » (Robert Rossen, 1949).....	75
« Suivez cet homme » (Georges Lampin, 1952).....	75
« Les Intrus » (Sergio Gobbi, 1971).....	75
« Sept morts sur ordonnance » (Jacques Rouffio, 1975).....	75-155
« La Tribu » (Yves Boisset, 1991).....	76-83
« Nick Carter, Master detective » (Jacques Tourneur, 1939).....	76
« Le ministère de la peur » (Fritz Lang, 1944).....	76
« Sursis pour un espion » (Jean Maley, 1964).....	76
« Scandal » (Michael Caton-Jones, 1988).....	76
« Quand la ville dort » (John Huston, 1950).....	76
« Adieu l'ami » (Jean Herman, 1968).....	76
« Le Majordome » (Jean Delannoy, 1964).....	76
« Le bagnard » (Willy Rozier, 1951).....	76-81
« Diaboliquement vôtre » (Julien Duvivier, 1967).....	76
« Poulet au vinaigre » (Claude Chabrol, 1984).....	76
« Dernier stade » (Christian Zerbib, 1994).....	77
« L'Enfer du dimanche » (Oliver Stone, 1999).....	77
« Pour une poignée de dollars » (Sergio Leone, 1964).....	77

« La charge héroïque» (John Ford, 1949).....	77
« Le jugement des flèches» (Samuel Fuller, 1957).....	77
« Les cavaliers» (John Ford, 1959).....	78
« Frontier Marshall» (Allan Dwan, 1939).....	78
« Le Justicier» (Frank Loyd, 1939).....	78
« Le banni» (Howard Hugues, 1941).....	78
« La poursuite infernale» (John Ford, 1948).....	78
« Règlement de compte à O.K. Corral» (John Sturges, 1957).....	78
« Sept secondes en enfer» (John Sturges, 1967).....	78
« Doc Holliday» (Frank Perry, 1970).....	78
« Tombstone» (Georges Pan Cosmatos, 1993).....	78
« Wyatt Earp» (Laxrence Kasdan, 1994).....	78
« La chevauchée fantastique» (John Ford, 1939).....	78
« La colline des potences» (Delmer Daves, 1959).....	79
« Du sang dans le désert» (Anthony Mann, 1957).....	79
« Le jour des Apaches» (Jerry Thorpe, 1967).....	79
« Rio Lobo» (Howard Hawks, 1970).....	79
« Little Big Man» (Arthur Penn, 1970).....	79
« L'île au trésor » (Victor Fleming, 1934).....	80
« Le Capitaine Blood » (Michael Curtis, 1935).....	80
« 20 000 lieux sous les mers » (Richard Fleischer, 1954).....	80
« La ligue des Gentlemen Extraordinaires » (Stephen Norrington, 2003).....	80-95
« Le Voyage de Gulliver à Lilliput et chez les géants » (Georges Méliès, 1902).....	80
« Le Voyage du Gulliver » (Jack Sher, 1960).....	80
« Les Voyages de Gulliver » (Rob Letterman, 2011),.....	80
« Il était une fois en Chine » (Tsui Hark, 1991-1997).....	80
« La balle magique de Dr Ehrlich » (William Dieterle, 1940).....	81-237
« The Great Moment » (Preston Sturges, 1944).....	81
« L'appel de la vie » (Georges Neveux, 1937).....	81
« Arrowsmith » (John Ford, 1931).....	81
« L'homme de Bornéo » (Ribert Mulligan, 1962).....	81
« La Peste » (Luis Penzo, 1992).....	81
« La Peste » (Francis Huster, 2012).....	81

« L'homme sans nom » (Léon Mathot, 1942).....	81
« Les orgueilleux » (Yves Allegret, 1953).....	81
« Alerte ! » (Wolfgang Petersen, 1995).....	81
« Contagion » (Steven Soderbergh, 2011).....	81
« Rock » (Michael Bay, 1996).....	81
« Medicine Man » (John MacTiernan, 1992).....	82
« Vertiges » (Richard Pottier, 1947).....	82
« Le Grand Bleu » (Luc Besson, 1987).....	82
« Les Hommes sans peur » (Yvan Noe,1941)	82
« The painted veil » (Richard Boleslawski, 1934).....	82
« La passe dangereuse » (Ronald Neame, 1957).....	82
« Le voile des illusions » (John Curran, 2006).....	82
« La Lumière verte » (Frank Borzage, 1937).....	82
« Les Aventures du jeune Indiana Jones » (Georges Lucas, 1992).....	83
« Le Grand blanc de Lambaréné » (Bassek Ba Kobhio, 1994).....	83
« Apparitions » (Tom Shadyac, 2002).....	83
« Au risque de se perdre » (Fred Zinneman, 1959).....	83
« Port Djema » (Eric Heumann, 1996).....	83
« Ce que femme veut » (Gérard Hummel, 1993).....	83
« Le chirurgien américain » (Georges Méliès, 1897).....	84
« Le malade hydrophobe qui a des roues dans la tête » (Georges Méliès, 1900).....	84
« Une indigestion » (Georges Méliès, 1902).....	84
« Chirurgie fin de siècle » (Georges Méliès, 1902).....	84
« Le système du Docteur Soufflamort » (Georges Méliès, 1905).....	84
« Hydrothérapie fantastique » (Georges Méliès, 1909).....	84
« Max, victime du Quinquina » (Max Linder, 1911).....	84
« Max prend son bain » (Max Linder, 1911).....	84
« Max asthmatique » (Max Linder, 1913).....	84
« Max médecin malgré lui » (Max Linder, 1917).....	84
« Charlot dentiste » (Charlie Chaplin, 1914).....	85
« Oh, Doctor ! » (Roscoe Arbuckle,1917).....	85
« Et puis ça va » (Fred Newmeyer, 1922).....	85
« Maison de tout repos » (James Parrott, 1932).....	85

« Men in black » (Raymond MacCarrey, 1934).....	85
« Dizzy Doctors » (Jules White, 1937).....	85
« Un jour aux courses » (Sam Wood, 1937).....	85
« Monty Python, le sens de la vie » (Terry Jones et Terry Gilliam, 1983).....	87
« Dr Folamour ou : comment j'ai appris à ne plus m'en faire et à aimer la bombe » (Stanley Kubrick, 1964).....	87
« Dr Patch » (Tom Shadyac, 1998).....	88
« Aux bons soins du Docteur Kellogg » (Allan Parker, 1994).....	88
« Un éléphant ça trompe énormément » (Yves Robert, 1976).....	89
« Nous irons tous au paradis » (Yves Robert, 1977).....	89
« Les Bronzés » (Patrice Leconte, 1978).....	89
« Les Bronzés font du ski » (Patrice Leconte, 1979).....	89
« Les Bronzés 3, Amis pour la vie » (Patrice Leconte, 2006).....	89
« Les Sous-doués en vacances » (Claude Zidi, 1981).....	89
« Y-a-t-il un pilote dans l'avion ? » (Jim Abrahams, 1980).....	90
« Ma femme s'appelle revient » (Patrice Leconte, 1981).....	90
« Le complexe du kangourou » (Pierre Jolivet, 1986).....	90
« La vie est un long fleuve tranquille » (Etienne Chatilliez, 1988).....	90
« Docteurs in love » (Gray Marshall, 1982).....	90
« L'hôpital » (Arthur Hiller, 1971).	90
«La débandade » (Claude Berri, 1999).....	90
« A coup sûr » (Delphine de Vigan, 2014)	90
« Un jour aux courses » (Sam Wood, 1937).....	90
« Les Fugitifs » (Francis Veber, 1986).....	91
« Toubib malgré lui » (Michael Apted, 1987)	91
« Docteur Mabuse, le joueur» (Fritz Lang, 1922).....	91
« Le Diabolique Docteur Mabuse» (Fritz Lang, 1961).....	92
« Dr M.» (Claude Chabrol, 1990).....	92
« The Mysterious Dr Fu Manchu» (Rowland V. Lee, 1929).....	92
« Le Masque d'or » (Charles Bradin, 1932).....	92
« Superman» (Dave Fleisher, 1941).....	92
« James Bond contre Dr No» (Terence Young, 1962)	92
« G-Men» (William Keighley, 1939).....	92

« Frankenstein, l'homme qui créa un monstre» (Jales Whale, 1931).....	93-210
« Frankenstein» (Kenneth Branagh, 1994).....	93
« La fiancée de Frankenstein» (James Whale, 1935).....	93
« Le Fils de Frankenstein (Rowland Lee, 1939)».....	93
« Le spectre de Frankenstein» (Erl Kenton, 1942).....	93
« Frankenstein s'est échappé» (Terence Fisher, 1957).....	93
« La revanche de Frankenstein» (Terence Fisher, 1958).....	93
« Frankenstein crée la femme» (Terence Fisher, 1966).....	93
« Le retour de Frankenstein» (Terence Fisher, 1969).....	93
« Frankenstein Junior» (Mel Brooks, 1974).....	93
« Les expériences érotiques de Frankenstein» (Jesus Franco, 1972).....	93
« Frankenweenie» (Tim Burton, 2012).....	93
« L'île du Dr Moreau» (Erle Kenton, 1932).....	94
« L'île du Dr Moreau» (John Frankenheimer, 1996).....	94
« L'effrayant Dr Hijikata» (Teruo Ishii, 1969).....	94
« Snake» (Bernard L. Kowalski, 1973).....	94
« Splice» (Vincenzo Natali, 2009).....	94
« Le médecin dément de l'île de sang» (Gerardo de Leon et Eddie Romero, 1968).	94
« Double assassinat dans la rue Morgue» (Robert Florey, 1932).....	94
« Le Fantome de la rue Morgue» (Roy del Ruth, 1954).....	94
« Murders in the rue Morgue» (Gordon Hessler, 1971).....	94
« Dr. Jekyll et Mr. Hide» (William Selig, 1908)	95
« Dr.Jekyll et Mr. Hide» (John S. Robertson, 1920).....	95-145
« Le Docteur Jekyll et Mister Hyde» (Rouben Manoulian, 1931).....	95
« Mary Reilly» (Stephen Frears, 1996).....	95
« Les deux visages du docteur Jekyll» (Terence Fisher, 1960).....	95
« Le testament du Docteur Cordelier» (Jean Renoir, 1959).....	95
« Dr Pyckle and Mr. Pryde» (Scott Pembroke et Joe Rock, 1925)	95
« Docteur Jerry et Mister Love» (Jerry Lewis, 1963).....	95
« Docteur Jekyll et sister Hyde» (Roy W. Baker, 1971).....	95
« Dr Sexual et Mr Hyde» (Anthony Brzezinski, 1971).....	95
« Docteur Jekyll et les femmes» (Walerian Borowczyk, 1981).....	95
« Hulk» (Ang Lee, 2003).....	95-144

« Metropolis» (Fritz Lang, 1927).....	95
« Faust et Marguerite» (Georges Méliès, 1898).....	96
« La damnation de Faust» (Georges Méliès, 1898.....	96
« Faust, une légende allemande» (Friedrich Murnau, 1926).....	96
« La beauté du Diable» (René Clair, 1950).....	96
« Doctor Faustus» (Richard Burton, 1967).....	96
« Faust» (Alexandre Sokourov, 2011).....	96
« Fausto 5.0» (Alex Olle, Isidro Ortiz et Carlos Padrissa, 2001).....	96
« L'imaginarium du Dr Parnassus» (Terry Gilliam, 2009).....	96
« Maciste aux enfers» (Guido Brignone, 1926).....	96
« Le mystérieux Docteur Satan» (William Witney, 1940).....	96
« Le Diabolique Dr Flak» (Jean-Jacques Rousseau, 1980).....	96
« Les prédateurs» (Tony Scott, 1983).....	97
« Twilight I : Fascination» (Catherine Hardwick, 2008).....	97
« Twilight II: Tentation» (Chris Weitz, 2009).....	97
« Twilight III: Hésitation» (David Slade, 2010).....	97
« Twilight IV : 1ère et 2ème partie» (Bill Cordon, 2011-2012).....	97
« I Zombie» (Rob Thomas, 2015).....	97
« Dracula» (Tod Browning, 1931).....	98
« Le Cauchemar de Dracula» (Terence Fisher, 1958).....	98
« Dracula» (John Bradham, 1979).....	98
« Dracula» (Francis Ford Coppola, 1992).....	98
« Van Helsing» (Steven Sommers, 2004).....	98
« Je suis une légende» (Vincent Price, 1964).....	98
« Le Survivant» (Boris Sagal, 1971).....	98
« Je suis une légende» (Francis Lawrence, 2007).....	98
« I am Omega» (Griff Furst, 2007).....	98
« Le Masque du Démon» (Mario Bava, 1960).....	98
« L'invasion des morts vivants» (John Gilling, 1966).....	98
« Les mains d'Orlac» (Robert Wiene, 1924).....	99
« Body Parts» (Eric Red, 1991).....	99
« Les yeux sans visage» (Georges Franju, 1959).....	100-215
« L'horrible docteur Orloff» (Jesus Franco, 1963).....	100

« La rose écorchée» (Claude Mulot, 1969).....	100
« Les prédateurs de la nuit» (Jess Franco, 1988).....	100
« Volte/Face» (John Woo, 1997)	100
« Meurt un autre jour» (Lee Tamahori, 2002).....	100
« The man they could not hang» (Nick Grinde, 1939).....	100
« King Kong II» (John Guillermin, 1986).....	100
« Le cerveau qui ne voulait pas mourir» (Joseph Green, 1962).....	100
« L'homme au cerveau greffé» (Jacques Doniol-Valcroze, 1971).....	100
« The Man Who Changed His Mind» (Robert Stevenson, 1936).....	100
« La Machine» (François Dupeyron, 1994).....	100
« Avatar» (James Cameron, 2009).....	100
« Matrix» (Larry et Andy Wachowski, 1999 et 2003).....	100
« Ces garçons qui venaient du Brésil» (Franklin J. Schaffner, 1978).....	100
« A l'aube du 6ème jour» (Roger Spottiswoode, 2000).....	101
« Bienvenue à Gattaca» (Andrew Niccol, 1997).....	101
« Le Docteur Cyclops» (Ernest Schoedsack, 1940).....	101
« L'homme qui rétrécit» (Jack Arnold, 1957).....	101
« Le voyage fantastique» (Richard Fleisher, 1966)	101
« L'aventure intérieure» (Joe Dante, 1987).....	101
« L'homme invisible» (James Whale, 1933).....	101
« Le retour de l'homme invisible» (Joe May, 1940).....	101
« Hollow Man, l'homme sans ombre» (Paul Verhoeven, 2000).....	101
« La machine à explorer le temps» (George Pal, 1960).....	101
« Retour vers le Futur» (Robert Zemeckis, 1985-1989-1990).....	101-126
« Le voyage dans la Lune» (George Méliès, 1902).....	101
« Terminator» (James Cameron, 1984).....	102
« I.Robot» (Alex Proyas, 2004).....	102
« Clones» (Jonathan Mostow, 2009).....	102
« Star Wars épisode II, l'attaque des clones» (Georges Lucas, 2002).....	102
« Chromosome 3» (David Cronenberg, 1979).....	102
« Scanners» (David Cronenberg, 1981).....	102
« Danger Planétaire » (Irvin Yeaworth, 1958).....	103
« Lifeforce » (Tobe Hooper, 1984).....	103

« Le Léviathan » (Georges Pan Cosmatos, 1988).....	103
« Abyss » (James Cameron, 1989).....	103
« The Thing » (John Carpenter, 1982).....	103
« L'invasion des profanateurs de sépultures » (Don Siegel, 1956).....	103
« Flash Gordon » (Mike Hodges, 1980).....	103
« L'homme qui venait d'ailleurs » (Nicolas Roeg, 1976).....	103
« E.T. » (Steven Spielberg, 1982).....	103
« Alien, le huitième passager » (Ridley Scott, 1978).....	103-104
« Dune » (David Lynch, 1984).....	103
« Futur immédiat, Los Angeles 1991 » (Graham Baker, 1988).....	103
« Outland » (Peter Hyams, 1981).....	103
« Star Trek : Premier contact » (Jonathan Strakes, 1997).....	104
« Star Wars » (Georges Lucas, 1977-2005).....	104
« Star Wars : L'empire contre-attaque » (1980).....	104
« Star Wars : La revanche des Siths » (2005).....	104
« Blood Feast » (Herschell Gordon Lewis, 1963).....	104
« L'Experience Interdite » (Joel Shumacher, 1990).....	104
« Martyrs » (Pascal Laugier, 2008).....	104
« Pathology » (Marc Schoelermann, 2008).....	104
« Autopsy » (Adam Gierash, 2008).....	104
« Sutures » (Tammi Sutton, 2012).....	104
« Insanitarium » (Jeff Buhler, 2008)	104
« Doctor Blood's Coffin » (Sidney Furie, 1960).....	104
« Dr Rictus » (Manny Coto, 1992).....	104
« La cité des enfants perdus » (Jean-Pierre Jeunet, 1995).....	104
« American Mary » (Jen et Sylvia Soska, 2012).....	105-140
« Re-Animator » (Stuart Gordon, 1985-2008).....	105
« L'exorciste » (William Friedkin, 1973).....	105
« La septième prophétie » (Carl Schultz, 1987).....	105
« L'exorcisme d'Emily Rose » (Scott Derrickson, 2005).....	105
« Bernard et Bianca au pays des Kangourous » (Hendel Butoy et Mike Gabriel, 1990)	105
« Mickey perd la tête » (Chris Bailey, 1959).....	106

« Atlantide, l'Empire perdu » (Gary Trousdale et Kirk Wise, 2001).....	106
« Lilo et Sitch » (Dean DeBlois et Chris Sanders, 2002).....	106
« La Princesse et la grenouille » (John Musker et Ron Clements, 2009).....	106
« Pinocchio »(Hamilton Luske et Ben Sharpsteen, 1939).....	106
« Basil, Détective Privé » (Ron Clements, Burny Mattinson, David Michener et John Musker, 1986).....	106
« Les Nouveaux Héros » (Don Hall et Chris Williams, 2015).....	106-212-215
« Docteur Justice » (Marcello et Ollivier, 1975).....	106-211
« Doctor Strange : The Sorcerer Supreme » (Frank Paur et Jay Olivia, 2007).....	106
« Sherlock Holmes » (Alfred Werker, 1939).....	125-148-158
« Le Discours d'un roi » (Tom Hooper, 2011).....	125-134-220
« Faux Semblants » (David Cronenberg, 1988).....	156
« Chaos» (Coline Serre, 2001).....	224

Sériethèque

« Marie Curie, une femme honorable » (Michel Boisrond, 1990).....	27
« La Petite Maison dans la Prairie » (Michael Landon, 1974-1983).....	30-124-134-248
« Deadwood »(David Milch, 2004-2006).....	30
« Dr Sylvestre » (Laurence Bachman et Ariane Heyraudon, 1995-2001) 30-133-159	160-231
« Dr Cosma » (Frédérique Fall et Alain Etévé, 2001-2007)	31
« Bienvenue en Alaska » (Joshua Brand, 1990-1995).....	33
« Everwood »(Greg Berlanti, 2002-2006).....	33
« Docteur Marcus Welby » (David Victor, 1969-1976).	32
« Plus belle la vie » (Hubert Besson, 2004-en production).....	32-168
« Urgences » (Michael Crichton, 1994-2009)38-50-56-135-146-150-156-168-176-238	
« Grey's Anatomy » (Shonda Rhimes, 2005-en production)...38-56-124-132-135-138-	146-156-157-165-172-173
« Scubs » (Bill Lawrence, 2001-2010).....	38-88-173
« Jeune Dr Kildare » (Max Brand, 1961-1966)	38
« Ben Casey » (James Moser, 1961-1966).....	39
« Hôpital St-Elsewhere » (Joshua Brand et John Falsey, 1982-1988).....	38-50
« Nip/Tuck » (Ray Murphy, 2003-2010).....	41-135-138
« Les Soprano » (David Chase, 1999-2007).....	43
« Desperate Housewives »(Marc Cherry, 2005-2012).....	43
« Dexter » (Jeff Lindsay, 2006-2013).....	43
« <i>Françoise Dolto, le désir de vivre</i> » (Serge Le Peron, 2009).....	46
« Trauma » (Dario Scardapane, 2009-2010).....	50
« Médecins de nuit » (Bernard Kouchner, 1978-1986).....	51
« Équipe médicale d'urgence » (Isabelle Sebastian, 2006-2010).....	51
« Dr Quinn, femme médecin » (Beth Sullivan, 1993-1998).....	56-147-162
« Sous le soleil » (Olivier Brémond et Pascal Breton, 1995-2008)	56
« La vérité sur Jack » (Barry Levinson, 2011).....	61
« M*A*S*H* » (Larry Gelbart, 1972-1983).....	68-87
« Dr House » (David Shore, 2004-2012).....69-70-89-136-141-143-144-146-164-168	176-216-231-237-242

« NCIS : enquêtes spéciales » (Donald Paul Bellisario et Don McGill, 2003 - en production).....	71
« RIS police scientifique » (Stéphane Kaminka, 2006-2014).....	71
« Navarro » (Pierre Grimblat et Tito Topin, 1989-2007).....	71
« Julie Lescaut » (Alexis Lecaye, 1992-2014).....	71
« Quincy M.E » (Glen A. Larson, 1976-1983).....	71
« Preuves à l'appui » (Tim Kring, 2001-2007).....	71
« Body of Proof » (Chris Murphey, 2011-2013).....	71-133-134-156
« Lie to me » (Samuel Baum, 2009-2011).....	72
« Oz » (Tom Fontana, 1997-2003).....	72
« Lost : les disparus » (J.J. Abrams, Damon Lindelof et Jeffrey Lieber, 2004-2010).	80
« H » (Abd-el-Kader Aoun, Xavier Matthieu et Eric Judor, 1998-2002).....	90
« The Frankenstein Chronicles» (Benjamin Ross et Barry Langford, 2004).....	95
« Jekyll» (Steven Moffat, 2007)	95
« L'Hôpital & ses fantômes» (Lars von Trier, 1994-1997).....	97
« Kingdom Hospital» (Stephen King, 2004).....	97
« Dr Who» (Sydney Newman et Donald Wilson, 1963-1996),.....	97
« I Zombie» (Rob Thomas, 2015).....	97
« Forever » (Matthew Miller, 2014-2015)	97
« X-Files: aux frontières du réel» (Chris Carter 1993-2002).....	98
« Les Simpsons » (Matt Groening, 1989- en production).....	106
« Futurama » (Matt Groening, 1999- en production).....	107
« South Park » (Trey Parker et Matt Stone, 1997-en production)	107
« Les enquêtes de Murdoch » (Maureen Jennings, 2008-en production).....	125
« Royal Pains» (Andrew Lenchewski et John P. Rogers, 2009-en production).....	138
« Hollywood Girls » (Fabrice Sopoglian, 2012-2015).....	139-156
« Esprits Criminels » (Jeff Davis, 2005-en production).....	156
« Elementary » (Robert Doherty, 2012-en production).....	158

Table des annexes

Annexe 1. Flyer	280
Annexe 2. Fiche signalétique individuelle.....	281
Annexe 3. Guide d'entretien du Focus Group.....	282
Annexe 4 : Extrait du verbatim.....	283
Annexe 5 : Exemple d'organisation des références d'un codage dans le logiciel Nvivo.....	286
Annexe 6 : Kaléïdoscope cinématographique.....	290
Annexe 7 : Kaléïdoscope télévisuel.....	291

Annexe 1. Flyer



L'image du médecin au cinéma ?

Travail de thèse réalisé par une interne de médecine générale

Votre avis m'intéresse !

Contactez-moi au : **06 29 67 58 90**
coralie.bureauyniesta@sfr.fr

Imprimé par nos soins

Annexe 2. Fiche signalétique individuelle



Fiche Signalétique Individuelle

Thèse sur l'influence des représentations cinématographiques et télévisuelles du médecin à l'écran sur la relation Médecin- Malade

- ✓ Vous êtes :
 - un homme
 - une femme

- ✓ Vous êtes âgé :
 - De moins de 25 ans
 - De 26 ans à 40 ans
 - De 41 ans à 60 ans
 - Plus de 60 ans

- ✓ Quelle est votre profession ?

- ✓ Quel est votre lieu d'habitation ?

- ✓ Dans quel secteur d'activité exerce votre médecin traitant ?
 - Activité urbaine
 - Activité semi-urbaine
 - Activité rurale

- ✓ A quelle fréquence regardez-vous des fictions médicales cinématographiques et/ou télévisuelles ?
 - Plusieurs fois par semaine
 - Une fois par semaine
 - Une fois par mois
 - Une fois par an
 - Moins d'une fois par an

Si vous souhaitez connaître les conclusions de ce travail de thèse, nous pouvons vous les transmettre par mail.

Pour cela, merci de nous communiquer votre adresse mail :

.....
.....
.....

Merci de votre participation.

Annexe 3. Guide d'entretien du *Focus Group*



Guide d'entretien du *focus group*

Thèse sur l'influence des représentations cinématographiques et télévisuelles du médecin à l'écran sur la relation Médecin- Malade

Question brise glace :

- 1°- Quels films ou séries connaissez-vous qui mettent en scène un personnage de médecin ?

- 2°- Quelles qualités pouvez-vous identifier chez ces personnages de fiction ?

- 3°- Quels défauts pouvez-vous identifier chez ces personnages de fiction ?

- 4°- Lesquels de ces qualités et défauts avez-vous l'impression de retrouver chez votre médecin traitant ?

- 5°- Avez-vous déjà retrouvé des traits de personnalité de ces personnages de fiction chez votre médecin généraliste? (*Avez-vous déjà comparé votre médecin généraliste à un personnage de fiction médicale?*)

- 6°- Certaines situations observées dans ces fictions ont-elles influencé votre comportement et votre relation avec votre médecin ? Si oui lesquelles et comment ?
(*Pensez-vous que ces personnages de fiction influencent votre relation avec votre médecin ? Si oui, dans quelles mesures ?*)

Annexe 4 : Extrait du *verbatim*

Extrait du premier *focus group* avec entre crochets les annotations concernant le non verbal.

« **[>Question]**: Avez-vous déjà retrouvé des traits de personnalité présents chez ces médecins de fictions chez votre médecin généraliste ?

[> Intervenant 2] : [*immédiatement après la fin de la question*] Jamais! Non. Non. C'est très dissocié, les films à la télé, pour moi ce n'est vraiment pas réel et le médecin généraliste que je connais n'est pas identique au médecin de fiction. [*Moment de réflexion ...*] Non il ressemble à aucun des médecins de fiction. Mais je pense que l'image du médecin à l'écran influence l'image que j'ai de mon médecin.

[> Intervenant 1] : Moi je dirais Oui ou Non, parce que bon, mon médecin est parfait, enfin [*Moment de réflexion ...*] la performance d'un médecin c'est important et de ce côté-là je suis satisfaite. Et l'écoute aussi. Donc voilà. Et ces traits de personnalité sont largement exploités à l'écran donc oui on peut le comparer. [*Oui général du groupe*]

Et on retrouve tout ça dans les fictions. Peut être au niveau de la performance, sans cesse être dans la recherche. Oui l'écoute, voilà c'est tout mais bon c'est vrai que les personnages qui sont campés dans les films sont souvent idéalisés. Mais il y a quand même.., si on est tellement accro à ce genre de séries c'est qu'on recherche quelque chose aussi, que l'on voit ou l'on voudrait voir.

[> Intervenant 5]: Peut être pas un personnage en particulier mais plutôt, *humm*, divers traits de caractère de personnages dans une série plutôt, notamment dans les séries télé. Pas vraiment dans les films parce que, je pense que dans les films où il y a un médecin qui sort, c'est vraiment un cas particulier de médecin qu'on va retrouver. *Heu*, ce sera le médecin un peu atypique, qui va utiliser des méthodes, *heu*, disons peu conventionnelles pour soigner ses patients. Et je pense que si on veut se rattacher à une réalité, on trouvera plus certaines petites bribes dans les médecins de séries. [*Acquiescement général du groupe*] Je pense que voilà, c'est plus par petites touches que l'on peut retrouver chez un médecin de la vie de tous les jours.

[> Intervenant 4]: alors Non, moi pas du tout. Non, je suis un peu comme les autres participants, je dissocie bien, déjà parce que je ne suis pas fan des séries ni des films, je ne vais pas beaucoup au cinéma. Donc c'est un monde vraiment à part pour moi qui n'a aucun rapport avec la vie réelle donc mon médecin c'est mon médecin et puis le reste c'est du cinéma.

[> Intervenant 3]: Effectivement, je n'ai jamais comparé les médecins dans les séries ou les films et MON médecin, mais après effectivement, il y a des traits qu'on retrouve chez notre médecin qui sont décrits dans les films ou les séries donc après on peut comparer un peu mais bon, et donc on est forcément influencé et notre regard sur notre médecin change.
[Oui général du groupe]

[> Intervenant 2]: En fait, dans les films/séries, quand les médecins interviennent c'est qu'il y a des choses très graves, ils vont sauver la vie de quelqu'un... Moi j'ai jamais eu, j'ai eu la chance de ne jamais avoir été trop malade donc quand j'allais voir le médecin c'était pour un certificat médical ou un rhume, une gastro au pire l'appendicite mais c'est tout quoi. J'ai jamais eu....

[> Interruption de Intervenant 4]: Après je trouve que dans les séries, films que j'ai vus, le médecin est toujours quand même bien fidèle avec la réalité, il a des traits effectivement que l'on retrouve quand même malgré tout. Par exemple, dans « *Plus belle la vie* », que je regarde tous les soirs, le médecin il a ses défauts et ses qualités comme tout le monde, ses faiblesses et heu...Et donc pour moi je trouve que c'est pas forcément le médecin héros....

[> Intervenant 2]: Je pensais aux séries médicales, c'est vrai que dans « *Plus belle la vie* » c'est plus réel. Après par rapport au dévouement, par rapport au médecin de famille dans les séries que je connais, ça c'est vrai qu'on le retrouve.

[> Intervenant 3]: Après, moi je trouve que dans les séries américaines, le rôle du médecin est plus accentué, enfin on le voit différent. Par exemple, dans « *Grey's Anatomy* », dans le service, c'est plus niveau drague et tout, on retrouve plus ces notions là que le rôle du médecin réel, ça tourne plus autour de ça je trouve.

[> Intervenant 1]: Je rejoins plus ou moins ce qui a été dit mais bon concernant « *Grey's Anatomy* », c'est vrai que ce sont des personnages qui vivent des aventures palpitantes et qui au cours de ces aventures à la fois privées et palpitantes, il y a toujours et à chaque fois, un cas de médecine qui se pose qu'il faut régler et c'est très intéressant, bon

parce qu'on découvre pas mal de choses, si on s'intéresse à ce milieu là aussi. Je pense que tiens, là ah ouais comment il va s'en sortir, qu'est ce qui va se passer, etc... Donc heu, il y a aussi un léger suspense donc... [*Rire de l'Intervenant 1*]

[> Intervenant 4]: [*en discussion avec Intervenant 1*] Oui mais est ce que c'est pas un peu trop accentué ?

[> Intervenant 1]: [*en réponse à Intervenant 4*] C'est du cinéma, il faut tenir le spectateur en haleine.... [*Rire de l'Intervenant 1*]

[> Intervenant 4]: Oui...

[> Intervenant 1]: Donc je pense que c'est fait pour, sinon les gens ne seraient pas accros à cette série, comme moi je ne la loupe pas ou alors je l'enregistre donc voila .. [*Rire de l'Intervenant 1 puis Rire général du groupe*] ».

Annexe 5 : Exemple d'organisation des références d'un codage dans le logiciel Nvivo

Exemple du code « image du médecin généraliste » :

<Éléments internes\\ Focus Group N°1 - 10 Juin 2014> - § 3 références encodées [Couverture 3,40%]

Référence 1 - Couverture 0,73%

Je voudrais rajouter en film, il y a « *La maladie de Sachs* » sur un médecin généraliste avec Dupontel, un merveilleux film français.

Référence 2 - Couverture 2,27%

Je pensais aux séries médicales, c'est vrai que dans « *Plus belle la vie* » c'est plus réel. Après par rapport au dévouement, par rapport au médecin de famille dans les séries que je connais, ça c'est vrai qu'on le retrouve. Le médecin du village, on retrouve aussi, il va faire des visites, il va venir tard le soir, venir soigner le grand père qui est malade... Voilà...

Référence 3 - Couverture 0,41%

Les gens ne sont pas suivis avec les médecins hospitaliers comme avec les médecins généralistes.

<Éléments internes\\ Focus Group N°2 - 30 Juin 2014 > - § 7 références encodées [Couverture 1,74%]

Référence 1 - Couverture 0,25%

Il y a des médecins généralistes chez Chabrol mais c'est d'autres types de personnages, ce sont des personnages petits ou sombres...

Référence 2 - Couverture 0,16%

Il y a certains films où on peint le médecin généraliste, c'est une image plus posée...

Référence 3 - Couverture 0,19%

Je repense à un film sur les médecins généralistes, c'est « *La maladie de Sachs* ».

Référence 4 - Couverture 0,13%

Le médecin généraliste, c'est un vrai toubib, il est ancré dans la réalité.

Référence 5 - Couverture 0,05%

Les médecins généralistes sont authentiques comme « *Dr Sylvestre* ».

Référence 6 - Couverture 0,59%

Avant d'être chez mon médecin généraliste actuel, j'étais chez son confrère et en visionnant ce film [« *La maladie de Sachs* »] je cherchais les parallèles avec le personnage. Ce film donne un vrai portrait authentique du médecin généraliste.

Référence 7 - Couverture 0,38%

« *Dr Sylvestre* » c'est l'histoire d'un médecin remplaçant qui va de village en village, il roule en vieux 4x4, il ne roule pas sur l'or, il ne fait pas ça pour l'argent.

<Éléments internes\ Focus Group N°3 - 13 janvier 2015> - § 11 références encodées [Couverture 3,42%]

Référence 1 - Couverture 0,33%

Et il y a un médecin et c'est le pur médecin de campagne et c'est vrai qu'il reflète un peu mon médecin de campagne quand j'habitais encore chez mes parents.

Référence 2 - Couverture 0,12%

C'est l'image du petit médecin généraliste. Petit, ben oui parce que mon médecin il était petit alors ... Et qu'en plus on est proche de lui donc c'est amical de dire ça ! *[Rire de l'intervenant]*

Référence 3 - Couverture 0,64%

Et du coup voilà, le médecin généraliste dans le film [« La famille Belier »] il est pas très grand, il est pas vraiment beau d'ailleurs et du coup il arrive, il pose sa petite sacoche, hop il fait sa petite consult., voilà il donne ses conseils et il s'en va et si vous avez besoin vous rappelez. Mais c'est vrai il fait penser au médecin de campagne.

Référence 4 - Couverture 0,35%

Pour rebondir sur ce que tu disais, on parlait de médecin de campagne mais on en voit pas beaucoup dans les films, ce sont des médecins qui travaillent en milieu urbain.

Référence 5 - Couverture 0,47%

Donc c'est vrai que le médecin de campagne qui a un rôle, à mon avis, très important parce que parfois c'est la seule personne que certaines personnes rencontrent parce qu'ils sont isolés tout simplement, parce qu'ils sont seuls

Référence 6 - Couverture 0,17%

Ben parce le médecin généraliste, il fait pas rêver et que c'est pas forcément le sujet du film *[Rire de l'intervenant et du groupe]*

Référence 7 - Couverture 0,14%

Oui c'est ça, c'est pas le sujet du film, il apparaît mais il n'attire pas l'attention, il passe inaperçu....

Référence 8 - Couverture 0,14%

Non mais c'est vrai qu'un petit médecin de campagne, c'est pas super attractif...

Référence 9 - Couverture 0,68%

Mais c'est clair qu'on va pas le mettre en avant et on va pas sortir du film en disant : *"Ah, médecin, je veux faire médecin, il avait l'air pas mal avec sa petite sacoche et son petit stéthoscope"* alors que quand on voit une super opération, on se dit : *"Ah moi aussi je veux faire ça, je veux toucher le cœur, je veux faire médecin"*.

Référence 10 - Couverture 0,11%

Voilà et vu que l'on voit peu de médecins généralistes à l'écran... Mais l'image véhiculée modifie forcément la relation que j'ai avec mon médecin généraliste.

Référence 11 - Couverture 0,27%

On peut remarquer que les médecins plus généralistes étaient un peu plus présents dans les films de cinéma mais je ne sais pas si c'est fait exprès. Alors que les médecins spécialistes sont plus présents dans les séries.

Annexe 6 : Kaléidoscope cinématographique



Annexe 7 : Kaléidoscope télévisuel



Table des figures

Figure 1: Caractéristiques démographiques de la population étudiée.....	116
Figure 2: Codes extraits du verbatim et nombre de sources et de références associées.....	117
Figure 3: Analyse matricielle des nœuds.....	179
Figure 4: Analyse matricielle des ensembles.....	195

Table des tableaux

Tableau 1: Le Prophète.....	196
Tableau 2: La Belle Personne.....	197
Tableau 3: La Vilaine Personne.....	198
Tableau 4: La Maladie à l'écran.....	199
Tableau 5: Le Médecin Malade.....	200
Tableau 6: La Consultation	201
Tableau 7: La Profession.....	202
Tableau 8: Le Médecin Compétent.....	203
Tableau 9: La Relation Médecin-Malade.....	204

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

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

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

RESUME

Influences de la représentation cinématographique et télévisuelle du médecin à l'écran sur la relation médecin-malade

Étude qualitative réalisée auprès de patients de la Haute-Vienne (87)

Contexte : Dès son invention, le cinéma et plus récemment la télévision, véhiculent des portraits emblématiques des successeurs d'Hippocrate. La figure du médecin sert donc de fil conducteur aux fictions médicales.

Objectif : Analyser les influences des représentations cinématographiques et télévisuelles du médecin à l'écran sur la relation médecin-malade.

Matériel et Méthode : Étude qualitative portant sur des patients de Haute-Vienne interrogés lors de *focus group* animés suivant un guide d'entretien prédéfini. Le recueil des données a été effectué jusqu'à saturation. Le codage descriptif ouvert, l'analyse axiale et matricielle ont été réalisés sur le logiciel *Nvivo*.

Résultats : 14 patients ont participé à 3 *focus group* et 1 à un entretien semi-dirigé. 330 codes axiaux sont ressortis regroupés en 9 thèmes : le moment de la consultation, la maladie à l'écran, zoom sur la profession, le médecin compétent, le Prophète, la Vilaine Personne et la Belle Personne, le médecin malade et la Relation Médecin-Malade. L'analyse matricielle a porté sur les caractéristiques démographiques des patients, les modalités d'exercice de leur médecin et leur intérêt pour les fictions.

Discussion : Les influences sur la relation médecin-malade sont multiples et ambivalentes. Les fictions familiarisent le patient avec le corps médical mais contribuent à démystifier l'image du médecin. Le médecin généraliste occupe une place privilégiée de spécialiste de la relation médecin-malade, savant mélange entre distance, dévouement et empathie. Les fictions semblent renforcer la qualité de cette relation thérapeutique unissant le patient à son médecin de famille.

Conclusion : Les fictions modifient considérablement le regard des patients-spectateurs sur leur médecin. Cependant, qu'en est-il de l'influence de ces fictions sur le médecin-spectateur ?

MOTS CLES : [Fictions médicales, Relation Médecin-Malade, Médecin Généraliste, Influences]

The Influences of the cinematographic and television representation of doctors on the patient-doctor relationship

Qualitative study focused on a group of patients from Haute-Vienne (France 87)

Background : Since its creation, cinema and more recently television convey an emblematic representation of Hippocrates' successors. In this way, the doctor figure is an important central theme in medical fictions.

Aim : Analyze the influence of both the cinematic and television representation of the doctor figure and its relationship with the patients.

Materials & Methods : Qualitative study focused on a group of patients from Haute-Vienne interrogated during focus group in accordance with a pre-made interview guide. The data was then collected until saturation. After the descriptive encoding opening, the axial and matrix analysis was done using a piece of software called "Nvivo".

Results : 14 patients participated to 3 focus groups and one to a semi-directed interview. 330 axial codes emerged and were then divided in 9 themes: consultation, illness and diseases on screen, the profession itself, the doctor's competence, the Prophet, the Good and the Bad person, the sick doctor and the doctor-patient relationship. The matrix analysis focuses on the patients' demographic characteristics, their doctor's way of exercising and their interest in medical fictions.

Discussion : The influences of the doctor-patient relationship are numerous and mixed. Fiction helps the patient to get acquainted with the profession but also contributes to the removal of the mystic surrounding the doctor figure. The General Practitioner has a privileged place in the doctor-patient relationship because of his devotion, empathy but also his discretion. Medical fictions seem to reinforce the quality of this therapy which unites the patient and his family doctor.

Conclusion : Medical fictions modify considerably the patient/viewer's look on their doctor. However, one could wonder about the effects these fictions have on the doctor/viewer.

KEY WORDS : [Medical fictions, Doctor-patient relationship, General Practitioner, Influences]