



HAL
open science

Le choix d'un proche comme médecin traitant : le point de vue des patients

Mickaël Cazenave

► **To cite this version:**

Mickaël Cazenave. Le choix d'un proche comme médecin traitant : le point de vue des patients. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01465125

HAL Id: dumas-01465125

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01465125>

Submitted on 15 Feb 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE**

Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement
par M. Cazenave Mickaël, né le 30/01/1987 à Pau

Le 15/12/2016

LE CHOIX D'UN PROCHE COMME MÉDECIN TRAITANT

Le point de vue des patients

TOME 1

Thèse dirigée par le Dr Magot Laurent

Jury :

Monsieur le Professeur Dallay Dominique

Président

Monsieur le Professeur Gay Bernard

Juge

Monsieur le Docteur Castera Philippe

Rapporteur et Juge

Monsieur le Docteur Cassagne Philippe

Juge

Remerciements

Au Professeur Dominique DALLAY. Médecin gynécologue-obstétricien, Vice-Président du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de Gironde, Président du Réseau Périnat Aquitaine, Chef du service de gynécologie-obstétrique et reproduction du groupe hospitalier Pellegrin, Professeur de gynécologie-obstétrique à l'Université de Bordeaux.
Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et je vous remercie de votre disponibilité.

Au Professeur Bernard GAY, Médecin généraliste, Professeur de médecine générale à l'Université de Bordeaux.
Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous en remercie.

Au Docteur Philippe CASTERA, Médecin généraliste, Professeur associé au Département de Médecine Générale de Bordeaux.
Merci d'avoir accepté d'être le rapporteur de ma thèse et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Merci également de participer au jury de soutenance de thèse.

Au Docteur Laurent MAGOT, Médecin généraliste, Maître de conférence associé au Département de Médecine Générale de Bordeaux.
Merci pour ta patience, tes remarques et tes corrections. Merci d'avoir accepté de te lancer dans ce projet avec moi.

Au Docteur Philippe CASSAGNE, Médecin généraliste, Maître de stage en médecine générale à l'Université de Bordeaux.
Merci de t'être engagé dans le jugement de mon travail, j'en suis très fier.

Aux médecins généralistes qui ont participé au recrutement des patients.

Merci d'avoir répondu à ma sollicitation.

Aux patients ayant acceptés de répondre à mes entretiens.

Merci pour le temps que vous m'avez accordé et la sincérité de vos réponses.

Au Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine (CGEA).

Merci de m'avoir délivré gracieusement la licence du logiciel N'Vivo 10.

Aux Docteurs Philippe CASSAGNE et Joël FLEURISSON.

Merci d'avoir contribué à ma formation. Votre passion pour ce métier m'a permis de confirmer mon projet professionnel initial : l'exercice de la médecine générale en milieu rural.

À tous les relecteurs : Agnès, Benjamin, Coralie, Fabien, Lucie, Mathilde, Pascale, ainsi que
ma femme Pauline.

Merci pour vos corrections et vos conseils qui ont permis de réduire les fautes d'orthographe et de syntaxe et d'améliorer la compréhension globale de ma thèse.

À ma femme Pauline et à mon fils Loïs.

Merci pour votre aide et votre soutien permanent tout au long de l'écriture de cette thèse. Et surtout merci pour l'amour que vous m'apportez au quotidien.

À mes amis et au reste de ma famille.

Merci de m'avoir inspiré mon sujet de thèse et de m'avoir aidé à l'oublier parfois.

Table des matières

Liste des abréviations.....	11
1 Introduction.....	15
1.1 Les médecins soignent des proches.....	15
1.1.1 Revue de la littérature états-unienne.....	15
1.1.2 Même constat en France.....	16
1.2 Soigner des proches pose problème.....	16
1.2.1 La relation thérapeutique intrafamiliale.....	16
1.2.2 L'éthique semble être le problème principal.....	16
1.2.3 Les autres problèmes soulevés.....	17
1.3 Parfois ces problèmes sont réglés par la loi.....	17
1.3.1 Aux États-Unis d'Amérique (USA).....	17
1.3.2 Dans les autres pays.....	17
1.3.3 Et en France.....	18
1.4 Le point de vue des médecins.....	19
1.4.1 Motivations de la prise en charge.....	19
1.4.2 Freins à la prise en charge.....	19
1.4.3 Attitude générale des médecins face à cette situation particulière.....	21
1.5 Le point de vue des patients n'est pas connu.....	21
2 Méthode.....	23
2.1 Choix de l'étude.....	23
2.2 Déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).....	23
2.3 Choix de l'échantillon.....	23
2.4 L'entretien.....	23
2.4.1 L'investigateur.....	23
2.4.2 Trame de l'entretien.....	24
2.4.3 Conduite des entretiens.....	24
2.4.4 Enregistrement et retranscription des entretiens.....	24
2.5 Analyse et synthèse des résultats.....	25
3 Résultats.....	27
3.1 Description des participants.....	27
3.2 Description des données recueillies lors des entretiens semi-dirigés.....	29
3.2.1 Le médecin traitant, son rôle et sa place.....	29

3.2.2 Les raisons du choix d'un proche comme médecin traitant.....	33
3.2.3 Réaction à la demande.....	37
3.2.4 Les Avantages.....	37
3.2.5 Les Inconvénients.....	41
3.2.6 Ce qui ne posait pas problème.....	44
3.2.7 Vision du soin aux proches.....	45
3.3 Analyse transversale des données recueillies lors des entretiens semi-dirigés.....	46
3.3.1 Double rôle médecin traitant / proche.....	46
3.3.2 Cadre de la consultation.....	48
3.3.3 Argent.....	48
3.3.4 Intime.....	49
3.3.5 Autres arguments en faveur d'une approche reposant sur la confusion / distinction des rôles.....	50
3.3.6 Quand le patient se rend compte des limites de ce double rôle.....	51
3.4 Résumé des résultats.....	52
4 Discussion.....	57
4.1 Discussion de la méthode.....	57
4.1.1 Le choix de la méthode.....	57
4.1.2 Discussion de la trame.....	58
4.1.3 Discussion de l'échantillon.....	58
4.1.4 Validité interne.....	59
4.2 Discussion des résultats.....	60
4.2.1 Points forts et contributions à la connaissance.....	60
4.2.2 Faiblesses des résultats.....	60
4.2.3 Convergences et divergences avec les données de la littérature.....	61
4.2.4 Notre travail apporte des éléments nouveaux.....	64
4.3 Le soin aux proches : une problématique complexe.....	64
4.3.1 La confusion des rôles au cœur de la problématique.....	64
4.3.2 Alors doit-on légiférer ? Ou réglementer ?.....	65
4.3.3 Quelle attitude adopter ?.....	66
5 Conclusion.....	69
6 Bibliographie.....	71
7 Annexes.....	75
7.1 Annexe N°1 : Fac-similé de la déclaration CNIL.....	75

7.2 Annexe N°2 : Trame d’entretien.....	79
7.3 Annexe N°3 : Document explicatif pour les patients.....	83
7.4 Annexe N°4 : Présentation sommaire des interviewés.....	86
7.5 Annexe N°5 : Les caractéristiques de la discipline de la médecine générale-médecine de famille – WONCA EUROPE 2002.....	92
7.6 Annexe N°6 : Verbatims de 3 entretiens.....	94
7.6.1 Verbatim de l’entretien N°5.....	94
7.6.2 Verbatim de l’entretien N°10.....	99
7.6.3 Verbatim de l’entretien N°12.....	104

Un second tome accompagne ce travail de thèse. Il comprend l’intégralité des Verbatims des entretiens et la définition des nœuds de codage.

Liste des abréviations

Bac : Baccalauréat

BEP : Brevet d'Études Professionnelles

BP : Brevet Professionnel

BT : Brevet Technique

BTS : Brevet de Technicien Supérieur

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CGEA : Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DUT : Diplôme Universitaire de Technologie

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

min : minutes

USA : États-Unis d'Amérique

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

On dit en médecine chinoise « qu'il est préférable d'être sur la berge pour tirer les gens de l'eau »: lorsque thérapeute et patient pataugent dans un même bain affectif, c'est toute la relation médecin-malade qui est faussée, et l'ensemble de la dynamique thérapeutique compromise.

Shan P [1]

Un ami médecin me racontait l'anecdote suivante : lorsque son fils a fait une varicelle, il s'est contenté de suivre attentivement l'évolution de sa maladie, veillant à ce que la fièvre ne monte jamais trop haut, mais laissant par ailleurs les choses évoluer normalement. Sa femme, très inquiète de voir son enfant fiévreux et couvert de boutons, et ne supportant pas de voir son mari si « inactif », a commencé à paniquer. Il lui a alors proposé de faire venir un autre médecin. Ce dernier a confirmé le diagnostic du mari, et proposé la même chose : attendre. Mais sa femme, cette fois, a poussé un soupir de soulagement, en disant « Merci, Docteur ! »

Shan P [1]

« Un homme de cinquante-neuf ans. Pas grand-chose comme antécédents. Un poil de surpoids, une tension limite, et comme seul vrai truc notable un trouble du rythme cardiaque, non permanent, qui survenait par poussées, et que les différents traitements essayés n'ont pas réussi à régulariser. Un jour, alors qu'il se penche pour faire un bidule sur le siège arrière de la voiture, il perd un bout de son champ visuel, il ne voit plus que la moitié gauche de ce qui se passe. Du côté droit de ses yeux, plus rien. Il appelle pour avoir un avis médical. « Allez aux urgences ophtalmo », qu'on lui dit. À ce stade de la lecture, théoriquement, tous les étudiants en médecine qui ont passé la première année hurlent à la mort. Certains non-médecins doivent même se gratter la tête d'un air circonspect. Le médecin qui a envoyé un cas typique, parfait, impérial d'AVC aux urgences ophtalmo, c'est moi. Je n'ai même pas l'excuse de la jeunesse, j'étais déjà interne. Sept ans d'études de médecine derrière moi, pour un cas clinique tellement évident qu'on n'oserait pas le proposer à des troisièmes années sans leur rajouter des détails tordus qui n'ont rien à voir pour les perdre entre-temps. Le type que j'ai envoyé aux urgences ophtalmo avec son AVC typique, c'était mon père. ». Extrait du blog « juste après dresseuse d'ours », histoires d'une jeune médecin généraliste effectuant des remplacements en milieu urbain.

Jaddo [2]

1 Introduction

Dès la fin de mon internat, j'ai eu, à plusieurs reprises, des demandes de la part de mes proches pour être leur médecin traitant.

Mon beau-frère a décidé que je serai son médecin traitant, même si je lui ai déjà dit non. D'ailleurs, il en va de même pour mon père. Petit à petit, je leur fais comprendre que ce ne sera pas le cas mais l'intégration de leur part reste difficile. Parfois, j'ai même l'impression qu'ils expriment une certaine rancœur... Un de mes amis veut également que je le suive, en tant que médecin traitant, car je connais déjà ses antécédents familiaux plutôt compliqués et il ne veut pas se confier à un autre médecin.

Pour le moment, je ne peux prétendre être le médecin traitant de qui que ce soit, car je n'ai pas passé ma thèse. Cela me permet de temporiser et de ne pas faire face, réellement, à ces situations complexes. Mais cela ne saurait tarder...

1.1 Les médecins soignent des proches

1.1.1 Revue de la littérature états-unienne

La majorité des médecins a été un jour ou l'autre confrontée à une demande d'ordre médical de la part d'un membre de leur famille. En 1990, une étude quantitative américaine révèle que la plupart des médecins hospitaliers interrogés y ont répondu favorablement. Sur 465 praticiens hospitaliers, 83 % d'entre eux avaient déjà prescrit des médicaments, 80 % avaient diagnostiqué une maladie et 72 % avait conduit un examen clinique à des membres de leur famille. 11 % d'entre eux avaient même opéré un membre de leur famille [3].

Une étude états-unienne plus récente (2007) s'intéresse à la pratique médicale sur les douze derniers mois de neurologues texans. Sur 186 médecins invités à répondre au questionnaire, 89 médecins y ont répondu. Les résultats révèlent que 87 % d'entre eux avaient déjà traité un membre de leur famille pour des soins intercurrents et 36 % suivaient un membre de leur famille pour une maladie chronique [4].

La médecine générale est la spécialité qui semble la plus concernée dans les soins donnés aux proches. Et dans cette catégorie, les hommes, les médecins plus âgés et ceux exerçant en milieu rural sont plus impliqués dans les soins aux proches que les autres médecins. Ces données sont extraites d'une étude américaine menée en 1991 dans l'Oregon. 1274 médecins

dans 7 spécialités différentes, dont la médecine générale, ont répondu au questionnaire. Le but était de déterminer à quelle fréquence les médecins soignaient leur famille dans 17 catégories de soins différentes, de décrire les raisons de ce choix et d'évaluer le niveau de confort du médecin face aux soins délivrés à leurs proches [5].

1.1.2 Même constat en France

Une revue de la littérature française a permis de regrouper différentes thèses sur ce sujet. Selon les données recueillies, 96 à 99 % des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire soignent ou ont déjà soigné au moins un de leur proche [6-9]. 66 à 85 % des médecins interrogés sont même le médecin référent voire le médecin traitant d'un de leur proche [6,7,10]. La notion de « proche » varie selon les travaux : famille proche, toute la famille et la belle famille, famille et amis proches, famille et amis incluant les voisins.

1.2 Soigner des proches pose problème

1.2.1 La relation thérapeutique intrafamiliale

Bonvalot V décrit dans l'introduction de sa thèse la particularité de la relation thérapeutique intrafamiliale : « La relation familiale implique une transmission psychique relevant de la sympathie et non plus de l'empathie qui menace le médecin dans sa pratique, dès lors qu'il prend en charge sa famille. Le danger pour ce dernier est de ne plus se conduire en tant que praticien mais en tant que membre du lien familial, ses capacités intellectuelles pouvant être complètement envahies par ses émotions. Celles-ci risquent alors d'agir, à son insu, au détriment de la relation et de l'empêcher d'établir avec son proche un échange qui aura des vertus curatives. Car, comme le précise M. Balint : " le médicament le plus utilisé en médecine générale est le médecin lui-même " [11] »[10].

1.2.2 L'éthique semble être le problème principal

Dans une étude d'analyse de pratique sur des médecins traitant leur propre famille, La Puma et al, soulèvent principalement un problème éthique. Ce problème subvient surtout dans des situations particulières comme lorsqu'il faut lever la confidentialité pour des raisons médicales, obtenir des directives anticipées, obtenir un consentement éclairé et évaluer la capacité de décision et de cognition de son patient, donner des soins de fin de vie [12].

Une autre étude américaine, plus récente (2008) révèle que la sagesse et l'éthique professionnelle devraient dicter aux médecins d'éviter la prise en charge d'un membre de sa famille en raison de conflits d'intérêts potentiels [13].

1.2.3 Les autres problèmes soulevés

Une revue de la littérature récente d'articles écrits en anglais de 1950 à 2010 sur ce sujet parle du manque d'objectivité, de la peur d'un mauvais diagnostic ou d'un non-diagnostic et de l'incapacité de fournir des soins complets des médecins vis-à-vis de leur famille ou amis [14].

1.3 Parfois ces problèmes sont réglés par la loi

1.3.1 Aux États-Unis d'Amérique (USA)

La première recommandation d'ordre éthique sur ce sujet : en 1803, Thomas Percival, médecin et philosophe anglais, décourage les médecins de s'occuper des membres de sa famille. Il disait que l'anxiété générée par la maladie de ses proches risquait d'obscurcir son jugement et de produire de la timidité et de l'irrésolution dans sa pratique [15]. Ces recommandations ont été reprises par l'American Medical Association dès sa création et ont été maintenues dans les révisions ultérieures du code de déontologie médicale américain. Ce code recommande de ne pas soigner ses proches, hors les situations d'urgence ou dans les endroits isolés où aucun autre médecin n'est disponible. Le médecin peut également, de manière occasionnelle, prendre en charge les problèmes bénins aigus d'un proche [16]. Certains états des USA (Virginie, Massachusetts, Caroline du Nord) requièrent même de tenir un dossier médical sur tous ces actes, de documenter un examen clinique et interrogatoire avant toute prescription, et interdisent la prescription de substances contrôlées pour des proches. Certaines assurances, comme Medicare, ne remboursent pas les actes donnés à un proche [17].

1.3.2 Dans les autres pays

En 1980, la corporation professionnelle des médecins du Québec et le Collège des Médecins du Québec promulguèrent un code de déontologie médicale qui fait mention : « sauf dans les cas d'urgences ou dans les cas qui manifestement ne présentent aucune gravité, le médecin doit s'abstenir de se traiter lui-même ou de traiter toute personne avec qui il existe une relation susceptible de nuire à la qualité de son exercice, notamment son conjoint et ses enfants » [18]. On retrouve les mêmes recommandations pour le code de déontologie édité par

la British Medical Association [19], et par le comité médical d'Irlande [20]. Le comité médical de Nouvelle-Zélande élargit cette recommandation à toute personne ayant une relation personnelle avec le médecin, donc également les amis [21].

Le Code de déontologie médicale tunisien ne réglemente pas le soin aux proches sur le plan éthique mais plutôt sur le plan financier en disant : « Il est d'usage qu'un médecin soigne gratuitement ses parents proches, ses confrères et les personnes à leur charge, les étudiants en médecine, le personnel à son service, ses collaborateurs et auxiliaires directs et ses amis intimes. » [22].

Le Code de déontologie de la Fédération des Médecins Suisses n'énonce pas de recommandation sur ce cas particulier mais prône la liberté du choix du médecin par le patient et, inversement, la liberté du médecin d'accepter ou de refuser un mandat thérapeutique ou diagnostique, hors situation d'urgence [23]. Il en est de même pour les Codes de déontologie médical belge [24] et chypriote [25].

Le Code de déontologie médicale espagnol ne parle pas du soin aux proches mais dit que la seule raison pour un médecin de suspendre les soins auprès de son patient est d'avoir l'intime conviction que le patient ne lui donne pas toute sa confiance [26].

1.3.3 Et en France...

La version actualisée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins français du Serment d'Hippocrate est contradictoire sur ce sujet. On peut y extraire deux phrases : « je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera », cela donne la possibilité, voire le devoir d'accepter une demande de soins d'un proche. Mais il est précisé également : « je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission », or cette indépendance peut être compromise quand il s'agit d'un proche [27].

Le Code de Déontologie actuellement en vigueur en France ne fait aucune mention de cette difficulté éthique [28], laissant, de fait, le choix au praticien sur la conduite à tenir. Par contre, si on lit les commentaires de l'article 7 du code de déontologie on peut interpréter que l'Ordre des médecins français le déconseille en disant : « L'objectivité nécessaire à l'action du médecin s'accommode mal de sentiments subjectifs » [29]. Le code de la sécurité sociale ne mentionne pas, dans le paragraphe portant sur la déclaration de médecin traitant, le fait qu'un patient puisse ou non déclarer un membre de sa famille comme médecin traitant [30].

1.4 Le point de vue des médecins

En France, plusieurs thèses de médecine générale ont déjà étudié le point de vue des médecins concernant les soins aux proches. Il s'agit, pour la majorité d'entre elles, de thèses qualitatives par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes répondant ou non à la demande de soins par un de ses proches.

La grande majorité des médecins reconnaît que le lien affectif modifie la relation de soin [31].

1.4.1 Motivations de la prise en charge

Certains médecins désirent réellement prendre en charge leurs proches. Ils sont guidés par différentes raisons. Pour certains, il s'agit d'une évidence [32]. Pour d'autres, la volonté de rendre service est une source de satisfaction personnelle [32]. Pour d'autres encore, c'est le manque de confiance envers leurs confrères [32] ou le sentiment d'être le plus compétent qui guide leur choix [31].

La relation intime préexistante avec le patient peut améliorer la prise en charge globale. En effet, plusieurs avantages peuvent être retirés de cette situation : une bonne connaissance du patient [6,10,31], une situation rassurante et une meilleure confiance envers le médecin [6,10,31], un suivi et une réévaluation clinique facilités [6,10,31], une bonne observance [6,31], une facilitation de processus psychologique (comme le travail de deuil) [6], un renforcement des liens personnels préexistants [31], une meilleure compréhension du patient de la façon d'exercer du médecin [31], un enrichissement de la pratique [31].

D'autres avantages sont avancés par certains médecins : un simple confort pratique personnel [31], une facilitation de l'accès au soin et une diminution des dépenses de santé publique [6,31], une meilleure prise en charge par les confrères spécialistes [31].

Les traditions familiales jouent parfois un rôle dans les familles de médecins, certains acceptant la prise en charge d'un proche de peur que le refus de soin engendre des conflits [31].

1.4.2 Freins à la prise en charge

De nombreux freins à la prise en charge sont relevés par les médecins dans les différentes thèses étudiées.

Tout d'abord, le manque d'objectivité peut sembler évident dans cette situation, et d'autant plus que le patient fait partie du cercle familial proche (père, mère) [6,10,31-33]. Cela peut engendrer des défaillances sur le plan éthique : des difficultés de pratiquer une médecine rigoureuse et consciencieuse [6], un risque de complaisance [31,33].

Les difficultés émotionnelles sont plus importantes lorsque le patient fait partie de l'entourage [6,10,31-33]. La crainte de voir la maladie chez un proche existe [32]. Les annonces de diagnostics graves et traumatisantes sont encore plus difficiles à gérer [31]. Et il faut pouvoir instaurer à temps un traitement palliatif [33] et assumer le poids de la responsabilité du décès d'un proche [31].

La prise en charge médicale globale du patient reste souvent de moins bonne qualité qu'avec un autre patient :

- L'éloignement géographique : prises en charge téléphoniques fréquentes [6,33].
- Un suivi plus limité : limitation aux pathologies bénignes et en cas de pathologie sévère, la main est passée plus rapidement au spécialiste [10,32,33].
- Un suivi plus anarchique : conditions d'examen mauvaises, hors du cabinet [10,32,33].
- La pudeur psychologique et physique : perturbations à la fois sur l'interrogatoire et l'examen physique [31-33].

La relation de soin peut engendrer des conflits familiaux [6,10,31-33]. Le médecin peut subir des reproches concernant le défaut de compétence, un diagnostic erroné, une erreur de prise en charge ou le montant des honoraires [31]. Les autres membres de la famille peuvent interférer sur la relation de soin [31-33] et le respect du secret médical est parfois difficile à assumer [31,33].

Le médecin doit aussi se préserver, car soigner un proche peut engendrer des difficultés à faire respecter sa vie privée [10,31-33]. Certains médecins se sentent incapable de tenir ce double rôle [10,32,33] soit par manque de confiance [31], soit par manque d'expérience [31], soit parce qu'ils désirent tout simplement, préserver l'intimité des proches et maintenir un espace de liberté de parole avec eux [31].

1.4.3 Attitude générale des médecins face à cette situation particulière

L'attitude des médecins face à cette situation particulière doit être le fruit d'une réflexion personnelle régulière où l'expérience joue un rôle important [10,31-33].

En règle générale, les médecins généralistes sont conscients des difficultés et s'attachent à les diminuer [10]. Pour cela ils instaurent, dès le départ, des règles dans la relation de soin afin de maintenir une certaine distance (par exemple les consultations systématiques au cabinet) [10,31-33].

Certains médecins limitent la prise en charge aux pathologies bénignes et aux avis ponctuels [10,31-33]. D'autres ont recours plus facilement à un confrère pour avoir un avis neutre et partager la décision [31]. Dans ce cas, le médecin perd sa fonction de médecin traitant et devient plutôt un « médecin référent » ou un « médecin conseil » [32,33].

Pour ceux qui refusent cette prise en charge, le refus systématique initial auprès du proche peut faciliter les refus ultérieurs [31]. La notion de « médecin malgré soi » pousse certains praticiens à ne pas suivre leur premier choix [32,33]. Et si le médecin refuse avec malaise, ou accepte alors que ce n'est pas son premier choix, il risque d'être pris dans un engrenage en acceptant une demande mineure pouvant conduire à une implication plus conséquente [31]. Parfois la pression familiale est tellement forte que le choix appartient à la famille et non au médecin [10,32,33].

1.5 Le point de vue des patients n'est pas connu

De ces lectures est née la question de recherche :

Quels sont, du point de vue du patient, les éléments qui déterminent le choix d'un proche comme médecin traitant ?

2 Méthode

2.1 Choix de l'étude

Pour répondre à la question de recherche, nous avons choisi une méthode qualitative par entretiens semi-dirigés avec une analyse des données selon la théorie ancrée (grounded theory).

2.2 Déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)

Pour la collecte et l'enregistrement des informations de santé une demande préalable à l'étude a été faite auprès de la CNIL, acceptée et enregistrée sous le numéro 1838666 ([Voir annexe N°1 page 73](#)). Tous les patients interviewés ont été informés que cette demande avait été faite et une photocopie du récépissé leur a été remise.

2.3 Choix de l'échantillon

Il s'agissait de patients ayant choisi un proche (amis ou famille) comme médecin traitant. Les patients interviewés ont été recrutés par l'intermédiaire de leur médecin traitant ou par l'intermédiaire d'un membre de mon entourage. Certains médecins faisaient partie de mes connaissances, mais je ne connaissais aucun patient interrogé.

Les patients ont été recrutés les uns après les autres, afin de varier les critères d'âge, de sexe, de classe socioprofessionnelle, de situation familiale, de lien avec le médecin traitant et de l'existence ou non de pathologies chroniques ou graves.

2.4 L'entretien

2.4.1 L'investigateur

Tous les entretiens ont été réalisés par moi-même.

Les entretiens se sont déroulés au sein de cabinets médicaux, chez l'interviewé ou dans un lieu public.

2.4.2 Trame de l'entretien

Une trame de l'entretien ([Voir annexe N°2 page 75](#)) a été établie, en fonction de la question posée, de manière à essayer de générer un maximum d'hypothèses. Cette trame d'entretien explore :

- les caractéristiques des patients interrogés et le lien avec leur médecin traitant.
- la représentation globale que les patients interrogés ont du médecin généraliste.
- les raisons du choix d'un proche comme médecin traitant.
- les avantages et les inconvénients du choix d'un proche comme médecin traitant.
- la relation avec leur médecin traitant-proche.

Cette trame a été modifiée après le 3^e entretien afin de mieux explorer la notion de confiance au médecin traitant. La question d'approfondissement suivante est alors rajoutée : « Est-ce que vous pouvez me parler des raisons de cette confiance ? ».

2.4.3 Conduite des entretiens

Au préalable, le consentement du patient a été recueilli. Un document explicatif sur l'étude menée et sur la confidentialité des données ([Voir annexe N°3 page 79](#)) a été remis au patient, ainsi que la photocopie du récépissé CNIL.

Chaque entretien a débuté, mot pour mot, par la première question de la trame : « Pouvez-vous me parler, d'une manière générale, du rôle et de la place que vous donnez au médecin généraliste dans la prise en charge de votre santé ? ». La trame d'entretien a ensuite été un support afin d'explorer un maximum de notions prédéfinies. Mais ce sont les réponses de l'interviewé qui, au fur et à mesure, ont permis de guider l'entretien.

2.4.4 Enregistrement et retranscription des entretiens

Ces entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un smartphone (Iphone 5) avec l'application dictaphone, associé à un deuxième dictaphone enregistreur classique, afin de pallier aux éventuels problèmes techniques.

Les enregistrements audio ont été retranscrits, mot pour mot, sous forme de verbatims avec le logiciel de traitement de texte Microsoft Office 2010, puis tous les enregistrements audio ont été détruits.

2.5 Analyse et synthèse des résultats

Le codage a été réalisé de manière individuelle et indépendante par deux personnes : le Docteur Laurent Magot et moi-même. J'ai ensuite réalisé une triangulation des codages.

L'analyse s'est faite selon la théorie ancrée (grounded theory), c'est-à-dire en générant les hypothèses au fur et à mesure du codage et de l'analyse.

Le codage et l'analyse ont été réalisés grâce au logiciel N'Vivo 10, gracieusement prêté pour l'étude par le CGEA.

3 Résultats

3.1 Description des participants

Quatorze entretiens ont été menés de juin 2015 à mai 2016 dans les Pyrénées-Atlantiques et les Landes. Ils ont duré de 14 minutes (min) à 54 min, avec une moyenne de 24 min 38 secondes.

Le seuil de saturation a été atteint au bout du douzième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés mais ne nous ont pas apporté d'élément nouveau pertinent.

Le recrutement s'est fait par téléphone. Sur 14 patients interviewés, 12 ont été recrutés par l'intermédiaire de leur médecin traitant. Une patiente a été recrutée par l'intermédiaire d'un médecin généraliste consulté ponctuellement, hors parcours de soin coordonné. Ce médecin est mon directeur de thèse ce qui a permis le recrutement de la patiente (entretien 10). Et le dernier patient a été recruté par l'intermédiaire d'une personne de mon entourage, qui connaissait le sujet de ma thèse.

Un certain nombre de données bibliographiques et de données subjectives ont été recueillies à la fin des enregistrements. Les principales caractéristiques des patients interrogés sont listées dans le tableau de la page suivante.

Un portrait des patients interrogés est disponible en annexe ([voir annexe N°4 page 81](#)).

Sexe	Tranche d'âge	Niveau d'étude	Catégorie Socioprofessionnelle	Situation familiale	Lien avec le médecin traitant	Pathologies chroniques ou graves	Durée de l'entretien
1 Homme	60 à 69 ans	Niveau 1 (master, doctorat, diplôme de grande école)	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Maridé	Ami	Non	15 mn
2 Homme	70 à 79 ans	Niveau 1 (master, doctorat, diplôme de grande école)	Retraités	Divorcé	Ami	Non	25 mn
3 Femme	80 à 89 ans	Niveau 4 (BP, BT ou baccalauréat)	Retraités	Veuve	Parent proche	Oui	14 mn
4 Femme	40 à 49 ans	Niveau 1 (master, doctorat, diplôme de grande école)	Professions intermédiaires	Mariée	Parent proche	Oui	18 mn
5 Homme	40 à 49 ans	Niveau 3 (DUT ou BTS)	Employés	Pacsé	Parent proche	Non	22 mn
6 Femme	40 à 49 ans	Niveau 1 (master, doctorat, diplôme de grande école)	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Mariée	Ami	Oui	25 mn
7 Femme	40 à 49 ans	Niveau 2 (licence ou maîtrise)	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Mariée	Parent proche	Non	34 mn
8 Femme	80 à 89 ans	Niveau 6 (sans diplôme ou brevet des collèges)	Retraités	Veuve	Parent proche	Oui	32 mn
9 Homme	80 à 89 ans	Niveau 4 (BP, BT ou baccalauréat)	Retraités	Veuf	Parent éloigné	Oui	26 mn
10 Femme	40 à 49 ans	Niveau 2 (licence ou maîtrise)	Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	Mariée	Ami	Oui	22 mn
11 Homme	80 à 89 ans	Niveau 4 (BP, BT ou baccalauréat)	Retraités	Maridé	Parent éloigné	Oui	54 mn
12 Homme	60 à 69 ans	Niveau 5 (BEP ou CAP)	Retraités	Maridé	Parent éloigné	Oui	17 mn
13 Femme	30 à 39 ans	Niveau 1 (master, doctorat, diplôme de grande école)	Employés	Célibataire	Parent proche	Oui	25 mn
14 Homme	18 à 29 ans	Niveau 4 (BP, BT ou baccalauréat)	Autres personnes sans activités professionnelles	Célibataire	Parent proche	Non	16 mn

Tableau 1: Description des patients interrogés

3.2 Description des données recueillies lors des entretiens semi-dirigés

3.2.1 Le médecin traitant, son rôle et sa place

Les patients interrogés reconnaissent à leur médecin généraliste, les compétences de sa profession et à la médecine générale, ses fonctions.

Les patients suivis par un médecin proche voyaient leur médecin comme un médecin généraliste « normal » avec, cependant, quelques particularités.

3.2.1.1 Coordinateur de soins

Tous les patients interrogés ont parlé du rôle de coordinateur du médecin traitant et c'est le seul élément commun à tous les entretiens.

« Ben voilà, c'est, c'est, c'est le seul médecin que je vais voir quand j'ai le moindre souci, et après si éventuellement je dois voir quelqu'un d'autre, c'est lui qui m'envoie voir quelqu'un d'autre. » (E4).

« Je pense qu'il peut tout faire à la base après à lui de voir à quel moment il passe la main à un spécialiste parce que c'est plus compliqué ou plus pointu. Moi je pense que le rôle du médecin généraliste c'est cette coordination des soins. » (E7).

« Parce que si, ils ne sont pas à même de répondre à un problème, ils savent du moins aiguiller le patient ailleurs. » (E11).

« C'est lui qui fait le premier diagnostic pour orienter vers quelque chose de plus spécialisé. » (E14).

3.2.1.2 Premier recours

La majorité des patients interrogés a parlé du rôle de premier recours du médecin généraliste. Ils disaient aller toujours voir leur médecin traitant en premier, pour tout problème de santé, y compris les urgences médicales : *« Ah, non. D'abord je vais au médecin traitant (MC : acquiescement), toujours. » (E9), « C'est, c'est le premier heu, c'est vers qui on se tourne en premier je pense (MC : acquiescement) oui », « Il fait vraiment son travail. Je l'appelle, il y a une urgence il vient » (E11), « Ouais je pense qu'il vaut mieux se tourner en premier vers le*

médecin généraliste plutôt qu'essayer d'aller voir n'importe quoi ou d'improviser un peu soi-même. » (E14).

Chez quelques patients, ce rôle de premier recours du médecin généraliste était évoqué pour tout type de problèmes : *« Ah ben chaque fois que j'ai besoin de, de lui, je vais le voir que ce soit parce que j'ai un problème de santé ou parce que j'ai un problème autre. » (E12).*

Certains patients interrogés donnaient une place très importante à leur médecin généraliste :

- Pour certains d'entre eux, le médecin traitant était décrit comme l'acteur principal dans la prise en charge de leur santé : *« Oh, c'est la première place, que ça soit mon fils ou un étranger c'est pareil. » (E8), « Ah la première place. » (E9), « c'est le seul médecin que je vais voir quand j'ai le moindre souci. » (E4).*
- Pour d'autres, il s'agissait même d'un pilier, c'est-à-dire qu'ils lui attribuaient un rôle de soutien majeur et de référence dans leur vie : *« c'est, c'est la personne sur laquelle je m'appuie heu..., dans toutes, dans tous les actes de ma vie » (E2), « Il rentre partout et c'est un soutien heu, très important. C'est le soutien majeur et c'est le soutien le plus important (MC : acquiescement). Plus important que la famille directe si vous voulez. » (E11).*

3.2.1.3 L'écoute

L'écoute que leur accorde leur médecin traitant était, également, importante pour la plupart des patients interrogés.

« Je pense qu'il a une écoute heu, il remplit bien le rôle que j'attribue au médecin traitant. » (E6).

« il doit être oui à l'écoute tout le temps. » (E12).

3.2.1.4 Conseil

Les patients attribuaient à leur médecin généraliste, un rôle de conseiller en santé : le médecin exprimant les conduites à tenir sous forme de conseils. Cette notion était exprimée dans la plupart des entretiens.

« C'est notre conseiller, pour moi c'est un conseiller. » (E8).

« je pense qu'il doit pouvoir nous conseiller un peu sur ce qu'on est censé faire » (E10).

3.2.1.5 Globalité

La notion de globalité était également retrouvée. Le médecin traitant était décrit comme, ayant un rôle dans la prise en charge globale du patient, c'est-à-dire une prise en charge bio-psychosociale.

« Alors heu, ben le rôle du médecin généraliste est un accompagnement général sur la santé d'un point de vue global heu, un relai d'éventuels spécialistes si nécessaire et un intervenant dans tout ce qui est tout ce qui est médecine générale du quotidien. » (E6).

*« Parce qu'il rentre dans le psychique, il rentre un peu dans tous les éléments quoi en gros. »,
« Je répondrais que dans, je n'ai pas un domaine bien précis heu, pour moi la médecine générale rentre dans toutes les pathologies. » (E11).*

3.2.1.6 Prévention / Dépistage

On retrouvait le rôle de prévention et de dépistage des maladies, avec notamment le dépistage du cancer colorectal et le dépistage du cancer de la prostate.

« Je l'ai choisi parce que, parce que je te dis, pour les deux raisons heu... prévention du cancer colorectal (MC : acquiescement), prévention du cancer de la prostate voilà. » (E1).

« on parle de, de la façon de, de vivre pour essayer de vivre plus longtemps possible et le, le mieux possible. » (E11).

3.2.1.7 Suivi médical

Dans la prise en charge médicale, le rôle du suivi médical de la part du médecin traitant a été rapporté.

« Mon gendre lui il va chez le patient (MC : acquiescement), il diagnostique et après, il lui fait l'ordonnance naturellement. Et, puis, il le met sous traitement. Mais quelques jours après il revient de son propre chef, le revoir, pour voir s'il n'a pas fait d'erreur » (E9).

3.2.1.8 Rôles spécifiques du médecin généraliste par rapport aux médecins des autres spécialités

Certains patients interrogés énonçaient des caractéristiques spécifiques au médecin traitant, par rapport à un autre médecin spécialiste. Ces caractéristiques étaient l'humanité, la complexité des situations à gérer et la notion de médecin de famille.

« Oui, pour moi c'est heu, le côté humain est primordial pour un médecin traitant. » (E6).

« il y a examen clinique, il y a l'écoute, la grande richesse de, de la médecine généraliste c'est, c'est toute cette complexité, toutes ces choses qui heu, qui se, qui se mêlent. » (E7).

« quand on décide de prendre un généraliste, pff, je sais pas comment vous dire, attendez. C'est pour toute la famille quoi. » (E8).

3.2.1.9 Autres rôles

Le patient interrogé au cours de l'entretien 11, était le seul à énoncer 3 nouvelles caractéristiques du médecin traitant. Il s'agissait de la délivrance de l'information médicale à son patient, sur la maladie et son évolution. Il parlait, également, de la notion de réassurance du patient. Il énonçait enfin, l'importance du rôle du médecin traitant par le fait qu'il ait entre ses mains la responsabilité de la vie de ses patients.

« il a les compétences médicales de m'expliquer la maladie », « Bon moi je suis par nature un inquiet (MC : acquiescement), il a tendance tout de suite à me tranquilliser », « Ils ont en main quand même l'existence d'un être humain. » (E11).

3.2.1.10 Particularités du médecin traitant-proche

Le fait que les patients interrogés aient choisi un proche comme médecin traitant, influait sur leur description de certains rôles du médecin généraliste.

- Le rôle d'accompagnateur lors des actes paramédicaux ou chez les spécialistes était le seul rôle rapporté qui ne pouvait être réalisé que par un médecin traitant-proche. Deux patientes rapportaient ce rôle, qui était présenté comme important pour elles. Il s'agissait de deux mères qui avaient choisi leur enfant comme médecin traitant. On pourrait alors penser, que c'est l'enfant qui accompagnait leur mère, mais vu les propos rapportés dans les entretiens, c'était surtout leur médecin qui les accompagnait.

« d'ailleurs elle m'accompagne chez tous les spécialistes... partout. », « Oui, et puis qui reste avec moi et qui, et qui discute. Tout le monde la connaît et me connait », « J'aurais pas l'idée d'aller chez un spécialiste sans elle. » (E3).

« Ah ben, il me connaît, surtout que, il a assisté à mon opération du colon. », « il m'a dit : " je vais te faire voir la gorge par, par un spécialiste ", bon, mais je lui ai dit : " tu vas venir ", j'y suis allé mais là c'était plutôt, même le spécialiste lui a dit : " tu

as, tu as eu raison de venir comme ça on va faire l'examen ", mais il allait partir je lui ai dit : " oh non, non, tu peux rester, il peut... ". » (E8).

- Le rôle de confident du médecin traitant était exprimé par la plupart des patients. Ce rôle n'est pas forcément spécifique au médecin traitant-proche, mais certains interviewés exprimaient la facilité de se confier à son médecin généraliste, parce qu'il s'agissait un proche.

« Justement avec elle je parle, je parle de tout, de, de problèmes heu (rires), de problèmes heu... Certainement qu'avec un autre médecin (MC : acquiescement), j'aurais pas parlé de ces problèmes de famille ou de, relationnels avec d'autres personnes ou comme ça. Avec elle je, certainement parce qu'elle est de la famille. » (E12).

3.2.2 Les raisons du choix d'un proche comme médecin traitant

3.2.2.1 La confiance au médecin traitant

La première idée qui ressortait, de tous les entretiens, était la notion de confiance que les patients accordaient au médecin traitant-proche qu'ils avaient choisi. Cette confiance était décrite comme pouvant être de deux ordres différents : la confiance au proche et la confiance au Professionnel de Santé.

- Il semblait que pour les patients faisant partie de la famille proche du médecin traitant, la confusion des rôles (médecin / proche) était plus importante. Cette confiance relevait plus, alors, de la confiance au proche, qu'en celle du professionnel de santé.

« je lui ai demandé de me suivre parce que finalement j'ai confiance en lui plus qu'en les autres, aussi. » (E4).

« Quelles sont les raisons de la confiance, je, je ne sais pas heu... C'est la confiance qui a dans un couple, c'est, là je pense qu'on sort complètement du, du problème du médecin » (E5).

« Quelles sont les raisons de cette confiance ? Ben il y a les raisons personnelles heu, l'être humain en qui on a confiance. » (E7).

- Par contre, pour tous les amis et la famille plus éloignée, la confiance en la fonction de médecin et en ces compétences, était évidente, et plus exprimée que la confiance au proche. Ces patients faisaient, plus facilement, la part des choses, que les patients appartenant au cercle familial restreint.

« j'ai une totale confiance, j'ai une totale confiance dans PB qui, pour moi est un très bon généraliste » (E1).

« J'ai confiance en lui, dans son diagnostic et dans son écoute » (E6).

« Il y avait un remplaçant, le remplaçant je l'ai pris exactement comme si c'était J (MC : acquiescement), avec la même confiance heu, aucun problème. » (E11).

3.2.2.2 Aspect pratique

L'aspect pratique et la facilité de se faire soigner par un médecin faisant partie de leurs proches étaient des notions retrouvées dans la plupart des entretiens : *« La, la facilité (MC : acquiescement). Heu, pas forcément besoin de, de la salle d'attente tout ça (MC : acquiescement), de prendre rendez-vous. » (E14), « (Sourire) la facilité. Hein, tout simplement la facilité, je crois que la question s'est même pas posée. Heu voilà. Pas besoin d'aller consulter. » (E5).*

La proximité de vie avec les patients membres de la famille était une des raisons expliquant cet aspect pratique : *« En plus elle habite à côté donc si j'ai vraiment un problème (rires), moi ça me facilite la chose je peux la voir chez elle » (E12).*

L'autre raison était la disponibilité du médecin qui était généralement décrite comme plus importante pour les patients proches (famille ou amis) que pour les autres patients.

3.2.2.3 Une évidence

Pour certains patients interviewés, le choix de leur médecin traitant a été comme une évidence. Il s'agissait, à chaque fois, de patients ayant choisi un membre de leur famille comme médecin. Quatre situations différentes ont été rencontrées :

- Un patient qui a choisi son neveu comme médecin traitant et qui revendiquait la normalité de son choix et l'évidence de faire travailler quelqu'un de la famille qui s'était installé dans le secteur où il habitait : *« bon, le, le choix comme je vous l'ai dit... a été un choix familial... qui est normal. Il s'installe... il a besoin de gagner sa*

vie. Heu mon médecin traitant qui était un ami depuis longtemps l'a très bien compris » (E11).

- Les deux patients qui ont choisi leur père comme médecin, parlaient plutôt d'une évidence de poursuivre à l'âge adulte une prise en charge débutée dans l'enfance : *« Bon c'était, c'était mon père qui me soignait depuis que je suis tout petit et puis en fait heu, le temps a passé et ça, on a juste pas changé les, les habitudes quoi » (E14).*
- La patiente qui a choisi sa fille comme médecin traitant évoquait également cette évidence, car elle avait toujours eu un proche de la famille comme médecin traitant. Sa fille a ainsi succédé à son beau frère qui était son ancien médecin : *« Ben non, non, non, c'était naturel. Puisque je vous ai dit qu'avant c'était mon beau-frère qui me soignait et, et mon beau père. » (E3).*
- Le dernier cas est celui d'un homme qui a choisi sa femme comme médecin traitant et qui trouvait cela tout à fait naturel, disposant ainsi d'un médecin à domicile, suffisamment proche, pour pouvoir se confier à elle, dans tous les cas : *« C'est que je me voyais mal, enfin, je me vois mal aujourd'hui vivre avec quelqu'un qui est médecin et puis aller en voir un autre. Et puis garder mes problèmes pour moi et aller voir un autre médecin, non je l'imagine pas. » (E5).*

3.2.2.4 Départ de leur ancien médecin traitant

Quelques patients ont déclaré avoir choisi un proche comme médecin traitant à l'occasion du départ de leur ancien médecin. Pour deux d'entre eux, leur médecin partait à la retraite et pour un autre, il était décédé.

« Oui, oui c'est un peu tombé comme ça. C'est un peu comme ça, j'ai dit : " Tu sais P, R s'en va ", et puis mon mari voulait, " bon écoute, c'est toi qui vas nous suivre ". » (E8).

« Ben, parce que son collègue est, est décédé en fait (MC : acquiescement). Tout simplement. Donc heu, du coup comme ils étaient dans le même cabinet, je me suis dit que c'était aussi simple d'aller voir quelqu'un que je connaissais. » (E10).

3.2.2.5 Choix restreint

Dans certaines petites villes, le choix du médecin généraliste a été décrit comme restreint. Cette notion était exprimée par deux patientes interrogées. C'était cette pénurie médicale qui a contribué, chez elles, au choix d'un proche (un ami dans les 2 cas) comme médecin traitant.

« Oui, oui, bon c'est une petite ville donc on se connaît tous, donc forcément... », « puis après même les autres médecins... Je serais forcément tombé sur un médecin que je connaissais plus ou moins » (E6).

3.2.2.6 Meilleure prise en charge

Certains patients pensaient avoir une meilleure prise en charge médicale globale, en choisissant un proche comme médecin traitant.

« Ben au départ je me disais que, un proche était censé faire plus attention (MC : acquiescement), on est censé être mieux encadré, mieux dirigé et vraiment pas cacher la vérité en fait. » (E10).

« elle m'avait demandé qu'est-ce que je prenais comme médicaments et tout ça et elle m'avait fait faire des analyses de sang et tout ça et elle m'avait orienté sur d'autres prescripteurs heu, d'autres médicaments que ceux que, que je prenais, et je me suis senti mieux déjà. » (E12).

Pour un des patients, le ressenti d'une meilleure prise en charge et d'un meilleur contact avec le médecin proche a eu lieu à la suite d'une prise en charge ponctuelle. Il a ainsi changé de médecin traitant : « Au départ c'était parce que j'avais pris un coup, j'avais pas envie d'aller voir mon médecin et que je pensais que c'était rien. », « Au départ c'était un, comme un service quoi, que je lui ai demandé (MC : acquiescement) et après bon je lui ai demandé si elle pouvait, parce que là aussi je me sentais à la limite plus heu, plus, plus à l'aise avec elle qu'avec mon médecin traitant » (E12).

Pour un autre patient, le ressenti d'une meilleure prise en charge a eu lieu avant le choix, car il connaissait la pratique médicale de son médecin. Il en avait parlé avec lui, à l'occasion d'une conversation, avant son déménagement et donc avant son besoin de changement de médecin traitant : « Heu, oui et puis, le connaissant (MC : acquiescement), sa façon de vivre... sa façon d'opérer avec les gens, en plus, on se trompe pas. » (E9).

3.2.2.7 Le médecin traitant a toujours été un proche

Certains patients ont toujours eu un proche comme médecin traitant, mais ne l'exprimaient pas forcément comme une évidence.

« Ma sœur était médecin généraliste mais plutôt acupunctrice heu mésothérapeute donc dès que ça se compliquait un peu, elle préférait m'envoyer voilà. Et mon père a arrêté d'être médecin assez vite donc en fait il m'a jamais vraiment soigné sauf toute petite. » (E6).

« c'était mon père qui me soignait depuis que je suis tout petit et puis en fait heu, le temps a passé et ça, on a juste pas changé les, les habitudes quoi » (E14).

3.2.3 Réaction à la demande

Les patients rapportaient trois types de réactions différentes, de la part de leur médecin, lors de leur demande de prise en charge :

- Une réaction neutre, d'acceptation : « je crois que ça ne l'a ni perturbé ni choqué ni étonné, c'est une réaction complètement neutre quoi. » (E1).
- L'absence de réaction particulière, car il n'y a pas eu de réelle demande, tout s'étant fait, progressivement, naturellement : « Je lui ai rien demandé, ça s'est fait naturellement » (E3).
- Une réaction de fierté : « Il était fier que je lui fasse confiance (MC : acquiescement). Parce que j'avais déjà un médecin traitant, il sortait de ses études, je le prends, donc j'ai senti une fierté en lui, en disant : " il croit en moi. " (E11).

3.2.4 Les Avantages

3.2.4.1 Disponibilité du médecin traitant

La disponibilité était un élément très important, car il a été rapporté par l'ensemble des patients interviewés. Cette notion entrait, bien évidemment en compte, dans les raisons du choix d'un proche comme médecin, par son aspect pratique. Les patients considéraient la disponibilité de leur médecin-proche comme étant, globalement plus importante pour eux, que pour les autres patients : « J'avoue que les avantages heu, ben quand je speede un peu pour me prendre un rendez-vous ben il y avait pas trop de problème, même maintenant. » (E10), « Il y a toujours un petit créneau où il va faire heu, heu, ¼ d'heure de plus de de travail dans la journée pour voir donc... Dans mon cas présent je reste pour lui quand même une priorité. » (E11), « Oh, ben évident c'est, quand c'est un proche on a, on se dit, on se sent sécurisé, car on peut appeler à des moments heu, où normalement on n'appellerait pas l'autre » (E2).

On remarquait que certains patients définissaient un cadre assez strict de la disponibilité générale que doit avoir un médecin traitant envers ses patients. Par contre, pour eux, proches de leur médecin traitant, ils semblaient estimer que cette disponibilité devait être plus large. « Heu, une disponibilité, je dirais pas totale parce que je, j'ai, je pense que les patients, ils

doivent aussi savoir respecter la vie du médecin, mais elle doit être quand même assez importante. », « (Sourire) Ben pour nous c'est totale. » (E4).

Chez certains patients, une limite à cette disponibilité pouvait être retrouvée : *« on sait bien à quel moment il faut pas lui demander heu, quand il rentre du boulot, qu'il est crevé heu, si nous on n'est pas bien, je pense qu'il faut pas en rajouter parce que là ça se passe pas bien », « Il y a des moments où il n'est pas disponible et puis c'est normal » (E7).*

3.2.4.2 Confiance dans le médecin traitant

La confiance, envers le médecin traitant qui est un proche, et donc que les patients connaissent bien, était un des avantages relevés dans tous les entretiens. Comme la disponibilité, cette notion était à la fois un avantage et une des raisons du choix d'un proche comme médecin traitant.

« Ben les avantages c'est que, donc c'est que, heu j'ai vraiment une confiance totale. » (E4).

3.2.4.3 Confidentialité

Malgré un entourage amical ou familial commun entre le patient et son médecin, les patients-proches exprimaient un respect de la confidentialité des propos tenus et du secret professionnel de la part de leur médecin traitant.

Certains patients exprimaient directement ce respect de la confidentialité : *« Mais qui reste heu, un secret de confessionnal quoi » (E11), « on va dire la règle du secret médical (MC : acquiescement) heu, au niveau de ce que je pouvais lui dire ou quoi il a jamais été le répéter (MC : acquiescement). Après de toute façon on est assez famille donc heu, ça posait pas de problème mais bon il a jamais été répéter quelque chose que je lui disais ou quoi que ce soit. » (E13).*

D'autres disaient n'avoir jamais réellement eu besoin de se confier, mais que si cela leur arrivait, ils auraient toute confiance dans le respect du secret professionnel par leur médecin traitant : *« il m'est jamais arrivé d'avoir à lui, à lui parler (MC : acquiescement) de, d'éléments que je jugerai comme confidentiel tu vois ? ...Ça ne me poserait pas de problème. » (E1).*

3.2.4.4 Connaissance médecin / patient

Un autre avantage, de la prise en charge par un médecin traitant-proche, rapporté par les patients interrogés, était la connaissance de l'autre, qui contribuait à la qualité de cette prise en charge médicale.

Il s'agissait à la fois de la connaissance du patient-proche par le médecin : « *puisque forcément il nous connaît bien donc il y a une compréhension assez globale c'est ce que j'aime bien dans cette prise en charge voilà* » (E7), mais aussi de la connaissance du médecin-proche par le patient : « *Ben les avantages c'est que j'étais sûre de mon coup en le choisissant parce que le connaissant aussi sur, sur un côté privé heu je connais l'homme autant que le thérapeute et la connaissance que j'avais de l'homme m'a donné encore plus confiance dans le thérapeute* » (E6).

3.2.4.5 Professionnalisme et efficacité

Ces deux notions qui sont liées, ont été rapportées par certains patients interrogés.

Le professionnalisme de leur médecin traitant, c'est-à-dire leur sérieux dans la prise en charge médicale, était décrit : « *C'était une vraie visite avec la tension, avec le poids, se, se, se mesurer heu, tout, tout ce qui est heu, écouter le cœur enfin, et il faisait un certificat médical après. Donc c'était un vrai certificat médical.* » (E2), « *Il fait vraiment son travail. Je l'appelle, il y a une urgence il vient pan, pan, heu, il y a pas, il y a pas autre chose c'est, il fait son travail* » (E11).

L'autre notion était l'efficacité de leur médecin traitant face à une situation médicale : « *Heu, jusqu'à maintenant quand il y a un souci c'est résolu* » (E7), « *je sais qu'elle a toujours un bon diagnostic* » (E12).

3.2.4.6 Franchise

La franchise était un autre avantage retrouvé lors de quelques entretiens. Elle pouvait être considérée comme étant liée au caractère propre du médecin ou, parfois, on pouvait penser que, s'agissant d'un proche, cette franchise « brute de décoffrage » était exacerbée : « *Il a, il a une qualité P (MC : acquiescement) que j'aime, il dit les choses : c'est ça. Quand il m'a dit, quand l'hôpital lui a téléphoné " papa est mort ", il m'a dit : " maman je te le dis tout de suite, papa est mort mais c'est une grâce " »* (E8).

En ce qui concerne cette franchise, la frontière entre avantage et inconvénient pour un des patients interrogés était étroite : « *Mais voilà, les choses sont plus franches. Heu si t'as rien t'as rien quoi. Ou ça va passer, pas besoin de traitement, voilà. Avec quelqu'un, dans un cabinet, j'imagine pas qu'on puisse parler aussi facilement. Alors c'est un inconvénient et c'est un avantage.* » (E5).

3.2.4.7 Concerné

Le fait que le médecin soit concerné par la situation, impliqué, pouvait être vécu comme un avantage par les patients interrogés, car la compréhension de la situation était ainsi facilitée : « *Certainement qu'avec un autre médecin (MC : acquiescement), j'aurais pas parlé de ces problèmes de famille ou de, relationnels avec d'autres personnes ou comme ça. Avec elle je, certainement parce qu'elle est de la famille* » (E12).

3.2.4.8 Le dialogue

Cet avantage a été énoncé par 3 patients, tous faisant partie de la famille éloignée du médecin. Ces patients exprimaient le fait que le dialogue avec le médecin était plus facile lorsqu'il s'agissait d'un proche : « *Les avantages, c'est que je peux discuter avec lui* » (E9), « *je vous dis, moi ce qui m'apporte plus c'est de pouvoir discuter d'autres choses que de la maladie* » (E12).

3.2.4.9 L'attention portée au patient

Selon les patients, l'attention portée au malade serait également plus importante lorsqu'il s'agit de soigner un proche : « *je sais qu'elle prend, elle mesure, elle fait surtout attention que je fasse toutes mes... Et, et, enfin moi ou, je sais qu'elle soigne sa, sa belle-mère (MC : acquiescement) aussi donc elle s'en occupe très très bien, et elle fait attention à ce qu'on prenne les médicaments* » (E12). Ici aussi, l'avantage était exprimé par un patient faisant partie de la famille éloignée du médecin.

3.2.4.10 L'honnêteté

L'honnêteté du médecin traitant était également rapportée par un patient faisant partie de la famille éloignée du médecin. Cet avantage se rapproche de la franchise déjà développée précédemment : « *Son honnêteté (MC : acquiescement), sa franchise (MC : acquiescement), sa vaillance (MC : acquiescement) (pause), sa disponibilité (MC : acquiescement)* » (E9).

3.2.4.11 La vaillance

Comme il a été exprimé dans l'extrait de verbatim ci-dessus, la vaillance du médecin traitant a pu aussi être considérée, comme un avantage.

3.2.4.12 Le fait de rendre des services

Enfin, le patient ayant choisi sa nièce par alliance comme médecin traitant rapportait le fait qu'elle puisse lui rendre des services que ne lui rendrait pas un autre médecin : « *Bon elle me rend beaucoup de services et tout ça* » (E12). Le fait de pouvoir voir son médecin à son domicile était l'un de ces avantages.

3.2.5 Les Inconvénients

Peu de problèmes ou d'inconvénients étaient soulevés directement par les patients. Il a fallu insister, lors des entretiens, pour les retrouver.

L'existence de ces inconvénients était nettement contrebalancée par la confiance envers leur proche et les avantages que les patients trouvaient à cette situation.

Preuve en est, que la seule notion rapportée spontanément par la majorité des patients interrogés, était qu'il n'y avait pas d'inconvénients à avoir un proche comme médecin traitant : « *Des inconvénients, j'en vois pas, j'en vois pas. J'y ai pensé quand tu me l'as dit au téléphone et j'en ai pas trouvé.* » (E14), « *Non, non pas d'inconvénients, non. Non, non. Non, non au contraire je vois que des, pour moi que des avantages.* » (E12).

3.2.5.1 Moins bonne prise en charge

Les quelques inconvénients, finalement relevés, pouvaient avoir pour conséquence, une moins bonne prise en charge médicale :

- Quelques patients interrogés rapportaient une minimisation des symptômes, voir une négligence de la part de leur médecin traitant : « *moi j'ai une, une maladie, l'endométriose en fait (MC : acquiescement), mais alors lui il s'en fout mais alors royalement mon docteur, je lui dis que, des fois que j'ai super mal, que ceci, que cela, mais ça...* » (E10), « *Au début il y a souvent la petite phrase : « c'est pas grave ça va passer »* (E13), « *je pense que les enfants du coup ils ont l'impression que par moment il les prend un peu par-dessus la jambe.* » (E4).

- Le manque d'écoute était également retrouvé dans quelques entretiens : « *des fois je me dis qu'on n'est pas écouté en fait* » (E10).
- Le médecin traitant a été décrit, comme pouvant manquer d'objectivité, dans la prise en charge médicale de patients-proches. Le lien affectif et personnel liant le médecin et son patient pouvait expliquer ce manque d'objectivité : « *je pense qu'elle est moins objective avec sa famille qu'avec les autres et, elle le, elle le vit plus difficilement mais heu, si c'était sérieux mais c'est jamais arrivé, ça va. Elle est moins, moins, moins objective, je pense.* » (E5).
- Le médecin a parfois été décrit, comme plus expéditif, avec un patient faisant partie de son entourage, chose qu'il n'aurait pas fait avec un autre patient : « *les inconvénients c'est que parfois il dit t'as qu'à prendre ça et puis il me note pas et puis du coup moi je me plante dans les posologies ou voilà. Alors que les patients il prend le temps d'expliquer, de... Je suppose qu'avec ses patients il prend le temps d'expliquer tandis qu'avec moi pas forcément.* » (E4).

3.2.5.2 Difficulté d'être le médecin traitant d'un proche

Certains patients avaient conscience de la difficulté d'être le médecin traitant d'un membre de leur famille. Il s'agissait d'un inconvénient pouvant engendrer une limitation de prise en charge du médecin généraliste en cas de maladies graves, et une orientation plus rapide vers un confrère. Cette limitation de prise en charge était décrite, comme pouvant être directement souhaitée par le médecin traitant, ou parfois, par le patient lui-même, afin d'épargner une situation difficile au médecin.

« *Je pense que c'est peut-être, est-ce que c'est pas même plus compliqué de soigner sa famille que de soigner quelqu'un qu'on connaît pas...* » (E13).

« *Heu, je pense que s'il y avait quelque chose de plus sérieux il passerait la main.* », « *Quand il y a trop d'affect là pour le coup je pense que ça doit être compliqué pour, pour le soignant, plus que pour le patient en fait, c'est pas tellement pour moi, parce que moi ça me rassure parce que j'ai confiance et que voilà j'ai l'habitude, mais je pense que je lui imposerais pas ça.* » (E7).

3.2.5.3 L'intime

L'intime pouvait poser problème au cours d'une consultation chez un patient-proche. Contrairement à ce qu'on aurait pu penser, le rapport à l'intime avec un médecin proche a pu être difficile, mais dans quelques cas seulement.

On retrouvait alors, soit un problème de pudeur psychologique : « *sachant qu'il est ami avec mon mari aussi j'aurais peut-être des problèmes, problèmes à lui parler de problèmes de couple* » (E6), soit un problème de pudeur physique de la part du patient : « *c'est pour ça que j'avais été voir le docteur heu, par rapport au fait que j'avais un problème heu, un problème (MC : acquiescement) et que je voulais pas qu'il m'ausculte en fait à cet endroit-là* » (E10).

La pudeur de la part du médecin n'était retrouvée que dans un seul entretien. Elle s'expliquait facilement, car il s'agissait d'un médecin homme qui soignait sa mère : « *Et un jour elle fait : "écoutez docteur, je trouve qu'il y a un point qui n'a pas sauté vous..." , "oh écoutez, vous m'embêtez, j'aimerais mieux, qu'elle voit la gynécologue, c'est ma mère"* » (E8).

3.2.5.4 Sentiment d'être redevable lié à la gratuité

Pour une des patientes interrogées, la gratuité imposée par son ami, médecin traitant, la rendait redevable de quelque chose : « *Alors heu, moi je considérerai tout à fait normal de régler (MC : acquiescement), c'est, bon chose qui est évidemment est pour lui pas possible, donc bon on fait des échanges de bons procédés heu voilà. Mais ça ne me poserait pas de problème de le rémunérer. Je préférerais à la limite c'est heu. Ça serait plus simple je trouve.* » (E6).

Le même sentiment était exprimé chez une autre patiente, mais envers les spécialistes, chez qui les consultations étaient gratuites, car sa fille était son médecin traitant : « *Au contraire parce que (rire) je me sens redevable et je fais toujours une petite chose quoi.* » (E3).

3.2.5.5 Auto limitation de la consommation médicale

Certains patients interrogés disaient s'être imposés une baisse de consommation médicale auprès de leur médecin traitant, principalement par crainte de déranger, et par peur d'abuser des avantages d'être un proche de leur médecin (plus grande disponibilité, absence de paiement de la consultation).

« *Après l'inconvénient c'est ça, c'est de pas payer, de l'appeler, de, de, de toujours me demander si, si je vais pas le déranger, si j'abuse pas.* », « *je mets un frein à aller le voir*

certaines fois si vous voulez, et je me mets un devoir de pas l'embêter pour n'importe quoi non plus. » (E6).

« c'est vrai qu'en première instance on a appris à se débrouiller pour tout un tas de petits, de petits trucs heu, on a compris. » (E7).

3.2.5.6 Impossibilité de changer de médecin traitant

Une seule patiente interrogée disait avoir consulté un autre médecin généraliste, sans en référer à son médecin traitant. Elle rapportait une prise en charge globale de moins en moins efficace, comme responsable d'un désir de changement de médecin. Elle s'interdisait ce changement par crainte de vexer son médecin traitant, qui était un ami.

« Ah non, il était super content. Il était super content. D'ailleurs, il envisage même pas que je puisse changer de médecin. », « Ben j'ose pas. », « Parce que j'ai peur qu'il se vexe. J'ai peur qu'il se vexe. » (E10).

3.2.5.7 Distance du cabinet

Le choix d'un proche comme médecin traitant, imposait parfois un lieu de consultation éloigné. Pour un des patients interrogés, la distance du cabinet médical était un inconvénient : *« Ben il y a, il y a un inconvénient c'est qu'il est loin (pause). C'est un inconvénient ça parce que, dans des, des fois dans des circonstances, ou la vie, quand tu as des enfants, tout ça, c'était pas, c'était pas simple parce qu'il fallait les emmener » (E6).*

3.2.6 Ce qui ne posait pas problème

La rédaction de documents administratifs, comme les certificats médicaux et arrêts de travail, aurait pu être facilitée pour les patients ayant choisi un proche comme médecin traitant. Cette notion n'a finalement pas été retrouvée dans les entretiens. Les patients ne déclaraient aucune complaisance de la part de leur médecin. Le médecin était parfois décrit comme assez strict, dans la délivrance d'arrêt de travail à un proche.

« enfin non il me les faisait aussi mais quand c'était vraiment nécessaire ou comme ça, il fallait que je sois vraiment pas bien pour avoir droit à un arrêt maladie. » (E13).

« Ben les arrêts de travail avec moi ça va être vite fait il y en a pas. (Rires) il est pas très complaisant donc (rires), je pense que c'est pas trop le genre de choses qu'on peut lui demander comme ça, voilà. » (E7).

« Ah oui, il m'a toujours fait les certificats médicaux, j'allais le voir et c'était, c'était une vraie visite ça. C'était pas une visite à l'hôpital hein ? C'est-à-dire entre un chocolat et... hein... C'était une vraie visite avec la tension, avec le poids, se, se, se mesurer heu, tout, tout ce qui est heu, écouter le cœur enfin, et il faisait un certificat médical après. » (E2).

3.2.7 Vision du soin aux proches

3.2.7.1 Vision du soin aux proches : le point de vue des patients

Quelques patients ont parlé des obstacles et des difficultés que pourrait avoir un médecin à soigner ses proches : « Après c'est difficile de mettre une frontière puisque forcément un médecin sait, il comprend même si, c'est sa famille et qu'il veut pas forcément entendre et voir je sais pas, mais je pense que ça doit être compliqué à gérer pour lui, à ce moment-là » (E7), et une seule personne concluait même au fait qu'il serait préférable de ne pas être un proche de son médecin traitant : « Et tout compte fait je me dis que c'est peut-être pas plus mal de ne pas connaître son médecin » (E10).

Cependant, les avantages pour le patient semblaient être plus pris en considération par ces derniers, que les difficultés des médecins : « Je, je me mets du côté du médecin, je pense que, que, que c'est dur. Pour le patient c'est bien. » (E5).

3.2.7.2 Vision du soin aux proches : le ressenti du patient sur la position du médecin traitant

Nous avons demandé aux patients interrogés d'imaginer la vision de leur médecin sur le soin aux proches. Schématiquement, trois types de réponses ont été retrouvées :

- Soit ils ignoraient ce que pouvait penser leur médecin traitant sur ce sujet : « Ah ça je ne sais pas, je ne lui ai pas demandé. » (E8).
- Soit ils pensaient que le soin aux proches ne posait aucun problème à leur médecin traitant, voire que ce dernier était satisfait de soigner des proches : « PB ça ne lui pose pas de problème » (E1), « alors je pense qu'il est, il est content de nous soigner nous heu, moi et les enfants » (E4).

- Soit ils déclaraient que leur médecin était opposé au soin seulement pour certains proches : *« par contre il est réticent heu, pour soigner les gens plus, ses parents, mes parents par exemple, ça il veut pas les soigner. » (E4).*

3.2.7.3 Vision du soin aux proches : le regard d'autrui

Des patients rapportaient que le regard d'autrui pouvait être, plutôt critique, sur le choix d'un proche comme médecin traitant.

« je ne sais pas qui m'a dit l'autre jour : " mais comment ton beau-père il t'a vu ? " Ben moi je ne voyais pas d'inconvénient, que ce soit mon beau-père qui m'accouche (rire). » (E3).

« Alors, au début quand heu, quand heu, on s'est marié tout le monde disait c'est bien de pas avoir son mari ou son proche, c'est le grand truc de dire il faut surtout pas que son médecin traitant soit dans la famille et cetera et cetera » (E4).

3.3 Analyse transversale des données recueillies lors des entretiens semi-dirigés

3.3.1 Double rôle médecin traitant / proche

Tous les entretiens pouvaient être analysés d'un point de vue particulier : celui du double rôle médecin traitant / proche. Effectivement pour les patients interrogés, leur médecin possédait deux rôles : celui de médecin traitant et celui de proche. Cette particularité interférait dans la relation médecin / patient. Plus la relation personnelle était développée, plus la relation médecin / patient était perturbée. On pouvait donc déterminer, deux profils de patients :

- ceux ayant choisi un médecin faisant partie de leur cercle familial très proche (père, fille, couple marié ou pacsé).
- ceux ayant choisi un médecin faisant partie de leur cercle d'amis proches ou de leur cercle familial plus éloigné (neveu, nièce par alliance, gendre).

On remarquait alors, que pour les patients ayant choisi quelqu'un de leur famille proche comme médecin traitant, la confusion des deux rôles était facile : *« le rôle ? Heu, heu... C'est-à-dire que je résonne pas trop avec le heu, avec le médecin mais plutôt avec ma femme. Donc je, j'ai pas ce, j'ai pas cette relation de médecin et, donc voilà c'est un rôle de heu, enfin une relation de heu, basée sur le conseil, sur le, comme dans un couple classique quoi, il n'y a pas de relation médecin heu sujet, voilà. » (E5).*

A contrario, pour les patients ayant choisi un ami ou quelqu'un de leur famille plus éloignée, c'est la notion de distinction des rôles qui était prépondérante : « *C'est pas parce que c'est mon neveu qui va me traiter différemment que un autre patient qui, qui viendrait pour le voir la première fois* » (E11). Certains de ces proches, exprimaient même le fait d'être traités, comme un autre patient : « *elle aussi je suis considéré comme un autre patient* » (E12).

Plus la relation de proximité entre le patient et son médecin était importante, plus la confusion des rôles était grande, et plus la relation médecin-patient telle que nous la connaissons était perturbée. Plusieurs arguments étaient en faveur de cette hypothèse :

- La patiente interviewée au cours de l'entretien N°3 avait une relation de proximité très forte, de type fusionnel avec son médecin traitant qui était sa fille : « *on est assez fusionnelle si vous voulez alors que donc, il n'y a pas de problème* », « *On s'est toujours bien entendu, en dehors de mère et fille on est amis...* » (E3). Le codage de cet entretien a ainsi révélé le plus grand nombre de références codées pour le nœud « confusion des rôles » et aucune référence pour le nœud « distinction des rôles ».
- Deux autres grands liens de proximité entre le médecin et son patient ont également donné de nombreuses références pour le nœud « confusion des rôles ». Il s'agit du lien père / enfant, mais cette fois-ci, c'est le père qui était le médecin traitant de son enfant : entretiens N°13 et n°14. On notait la même tendance pour les couples mariés ou pacés dans les entretiens N°5 et N°7.
- À l'opposé, l'entretien N°11 était celui qui ne montrait aucune référence pour le nœud « confusion des rôles », et où l'on notait, par contre, le plus de références codées pour le nœud « distinction des rôles ». La relation qui lie le patient et son médecin était également une relation familiale, mais beaucoup plus éloignée que les précédentes, car le médecin était le neveu du patient.
- Les relations amicales étaient également moins importantes, sur le plan de la proximité, qu'une relation familiale de couple ou de parent / enfant. Les patients des entretiens N°2 et N°6 qui avaient donc choisi un ami proche comme médecin traitant n'ont rapporté aucune référence pour le nœud « confusion des rôles », et plusieurs références pour le nœud « distinction des rôles ».

3.3.2 Cadre de la consultation

En gardant cette vision, le cadre de la consultation était respecté chez les patients ayant choisi un ami ou quelqu'un de leur famille plus éloignée comme médecin traitant : « *Toujours dans le cadre d'une consultation au cabinet, oui, oui, tout à fait.* » (E10), alors qu'il était différent du cadre de consultation des autres patients pour la famille proche : « *Ouais c'est, ouais c'est ici. Je suis rarement malade mais si c'est, c'est quand il rentre du boulot ou le week-end, je lui dis : " ouais je me sens pas bien " et puis tout se passe ici quoi, je me déplace, il y a pas de déplacements à faire ou quoi que ce soit.* » (E14).

3.3.3 Argent

Pour la famille proche, la gratuité de la consultation était vécue comme une chose normale : « *Ben nous il n'y a pas de rapport financier évidemment, je crois que ça serait dingue de le payer quoi* » (E4). Pour eux l'argent ne devait pas rentrer en compte dans leur relation, même si l'on parlait d'argent dans le cadre de la relation médecin-malade. L'émergence dans l'actualité du Tiers payant pour tous, pourrait être une solution pour certains patients : « *il me dit : " Ben écoute après tout je vous soigne pourquoi je prendrais pas votre carte vitale et je ferais pas une consultation ", " eh ben oui après tout, pourquoi pas si officiellement tu es notre médecin généraliste, si ça peut toi justifier ta position et te, te sente reconnu en tant que médecin généraliste, changer de casquette, je sais pas. Heu pourquoi pas. "* » (E7). Cela permettrait que leur proche soit payé, sans qu'il y ait un échange réel d'argent.

À l'opposé, les patients ayant choisi un ami ou quelqu'un de leur famille plus éloigné comme médecin traitant avaient une vision très différente sur l'argent. Pour eux, le paiement de la consultation était vécu comme une chose normale : « *Ça ça me vient pas à l'esprit, je vais voir un médecin, je le paie, c'est, ça s'arrête là* » (E11), qui pouvait être garant d'une certaine qualité : « *Hein, moi je veux pas qui me fasse, qui me fasse heu, que ça soit un truc gratuit alors je lui dis, parce que comme, alors comme ça tu me fais la totale, le, la, la tension, le machin, le truc, tout (sourire), hein, et là je, je te dois rien.* » (E2). Par contre, le médecin traitant pouvait parfois mettre un frein au paiement : « *Bon les fois où j'ai super insisté il m'a dit que c'était déontologiquement on ne faisait pas payer la famille et les amis heu bon (MC : acquiescement). J'ai vite vu que c'était pas la peine de batailler, que ça serait impossible donc heu on fait autrement* » (E6). La position du médecin sur le règlement de la consultation pouvait poser problème et engendrer différentes situations :

- La gratuité pouvait entraîner la peur de déranger et pouvait limiter l'accès aux soins : « *Après l'inconvénient c'est ça, c'est de pas payer, de l'appeler, de, de, de toujours me demander si, si je vais pas le déranger, si j'abuse pas* » (E6).
- Le patient pouvait se sentir redevable et par compensation, la gratuité entraînait parfois l'échange de services ou de troc : « *je considérerai tout à fait normal de régler (MC : acquiescement), c'est, bon chose qui est évidemment est pour lui pas possible, donc bon on fait des échanges de bons procédés heu voilà.* » (E6).

Le cas de l'entretien N°1 était particulier. Le patient-ami, qui était également médecin (pédiatre), justifiait, par la déontologie médicale, une certaine logique au non-paiement : « *Ceci étant heu, ceci étant heu, moi pédiatre, je ne fais pas payer les confrères non plus. Alors c'est une habitude qui a tendance à se perdre un peu ça.* » (E1).

3.3.4 Intime

Pour ce qui était de l'intime, au cours d'une consultation médicale d'un proche, les résultats pouvaient être également analysés en deux parties :

- Pour les patients faisant partie de la famille proche, certains avaient des difficultés pour les gestes intimes au cours d'une consultation et rapportaient des difficultés pour parler de problématiques psychiques : « *Ouais, après le fait que ça soit mon père ça a bloqué un peu au début c'est vrai.* » (E13). Pour d'autres il n'y avait aucun problème pour les gestes intimes et pour le suivi de l'intime psychique : « *honnêtement psychique je pense pas, corporel non plus c'est mon père de toute façon c'est lui qui m'a fait (rires). Ouais c'est, je pense que ouais pour moi il y a pas de problème. J'ai toute confiance en lui et puis j'ai pas, j'ai pas de problème avec ça surtout vis-à-vis de mon père.* » (E14).
- Pour les patients ayant choisi un ami ou quelqu'un de leur famille plus éloignée comme médecin traitant, la distinction des rôles était satisfaisante : l'abord de l'intimité psychique, d'éventuels troubles de la sexualité et les gestes intimes, étaient réalisés sans problème : « *si j'ai un problème si heu, si je suis, si, si ma libido s'en va ou ceci, on discute heu, on parle comme heu (pause), heu, pas forcément comme à un ami d'ailleurs heu, comme à un médecin.* » (E2). La seule difficulté, qui pouvait apparaître, était pour les éventuels problèmes de couple lorsque le médecin connaissait

également le conjoint : « sachant qu'il est ami avec mon mari aussi j'aurais peut-être des problèmes, problèmes à lui parler de problèmes de couple. » (E6).

L'abord de la sphère gynécologique restait cependant un domaine particulier pour la plupart des patientes : cette discipline, n'étant pas, pour elles, du ressort du médecin généraliste mais du gynécologue, surtout quand le médecin traitant était un homme : « j'ai ma gynéco heu, bon après si j'avais un médecin généraliste homme qui ne soit pas P je pense que j'irais quand même voir une gynéco. » (E6).

3.3.5 Autres arguments en faveur d'une approche reposant sur la confusion / distinction des rôles

D'autres arguments, déjà développés dans la partie descriptive des résultats, permettaient une analyse séparée et distincte des deux groupes suivants : ceux ayant choisi un médecin faisant partie de leur cercle familial très proche et ceux ayant choisi un médecin faisant partie de leur cercle d'amis proches ou de leur cercle familial plus éloigné. La conclusion était identique, c'est-à-dire que la balance confusion / distinction des rôles penchait en faveur de la confusion chez la famille proche et en faveur de la distinction chez les amis et la famille éloignée :

- La confiance dans le Professionnel de Santé, et donc dans les compétences et l'efficacité du médecin traitant, était beaucoup plus retrouvée chez la famille éloignée et les amis que chez la famille proche. Le professionnalisme de leur médecin traitant était même vanté chez les amis et la famille éloignée. Inversement, la confiance dans le proche, quelqu'un que l'on connaît bien, qui nous connaît bien, et qui est concerné par la situation, était retrouvée principalement chez la famille proche.
- La notion de médecin traitant accompagnateur chez les spécialistes et pour différents actes techniques, n'était retrouvée que pour la famille proche.
- Des patients faisant partie de la famille proche avaient conscience de la difficulté pour le médecin de soigner ses proches, ce qui pouvait entraîner une limitation de prise en charge, notamment en cas de maladies graves. Cette limitation pouvait avoir pour but, de préserver et d'épargner le médecin traitant. La prise en charge du patient pouvait être alors considérée, comme moins globale.
- Pour certains patients faisant partie de la famille proche, la confusion des rôles pouvait être majorée par la conviction que le médecin avait pour devoir de soigner ses

proches : « *c'est un devoir, elle a pas le choix, pour elle, je pense mais ça peut être un souci. Ça peut être quelque chose de, de lourd quoi.* » (E5).

3.3.6 Quand le patient se rend compte des limites de ce double rôle

L'entretien N°10 fut le seul entretien où la patiente évoquait le fait qu'il aurait été finalement préférable, de ne pas choisir un proche comme médecin traitant. Il s'agissait, également, de la seule patiente qui avait consulté un autre médecin généraliste sans en référer à son médecin traitant et la seule patiente qui désirait changer de médecin traitant. Cette patiente, qui avait choisi un de ses amis comme médecin, parlait principalement de deux raisons à son changement de vision :

- Elle évoquait une altération de prise en charge de la part du médecin au fil du temps, à force de connaître son patient. Elle remettait en cause la notion de médecin traitant car, de son point de vue, plus un médecin connaît son patient, plus la prise en charge médicale se dégrade. Cet axiome s'applique qu'il s'agisse ou non d'un médecin proche.
- Elle évoquait, et était la seule à le faire, une confusion des rôles de la part du médecin traitant. Le médecin était décrit comme familial, lors de la consultation médicale et parlant de la vie privée alors que la patiente venait au cabinet pour avoir un cadre de consultation respecté, et désirait, simplement, une prise en charge médicale.

Par peur de l'incompréhension du proche, il lui était impossible de changer de médecin. La réaction de son médecin, très positive lors de la demande initiale de prise en charge ne faisait que renforcer cette impossibilité de changer.

3.4 Résumé des résultats

Les patients interrogés, suivis par un médecin-proche, avaient une vision des rôles et des compétences du médecin traitant relativement étendus : la coordination des soins, le premier recours, la prise en charge globale, l'écoute, le conseil, la prévention et le dépistage, le suivi médical, la médecine de famille, l'humanité, la gestion de situations complexes, l'information et la réassurance du patient.

Cependant quelques particularités existaient sur les rôles du médecin traitant quand le patient est un proche. Le rôle d'accompagnateur, lors des actes paramédicaux ou chez les spécialistes,

était retrouvé uniquement pour la relation très proche parent / enfant, l'enfant étant le médecin traitant de sa mère. Le rôle de confident, qui n'est pas spécifique à cette situation, était facilité par le fait que le médecin traitant soit un proche.

Les raisons du choix d'un proche comme médecin traitant étaient dominées par deux idées principales : l'aspect pratique et la confiance.

Le fait de choisir un proche comme médecin traitant était source d'avantages et d'inconvénients. On notait une différence d'expressions de ces avantages et inconvénients, en fonction du degré de proximité. Il émergeait des entretiens l'idée que, plus le patient est proche de son médecin traitant (famille proche), plus la confusion des rôles est importante. Inversement, on pouvait noter que plus le patient est éloigné de son médecin traitant (amis et famille éloignée) plus la distinction des rôles est importante et plus la relation se rapprochait d'une relation médecin-malade classique. Un schéma explicatif sur les caractéristiques de ce double rôle médecin traitant / proche en fonction du degré de proximité est disponible à la page 54.

Quelques patients avaient conscience des difficultés que pouvait avoir un médecin, à soigner ses proches.

Les patients exprimaient que, globalement, les avantages qu'ils pouvaient retirer de cette situation étaient très supérieurs aux inconvénients et aux éventuelles difficultés du médecin à gérer cette situation.

Une seule personne arrivait au bout de sa relation médecin-malade avec son ami et concluait qu'il ne valait mieux pas choisir un proche comme médecin traitant. Par contre, son lien de proximité pré-existant avec son médecin, l'empêchait de changer de médecin traitant, alors qu'elle le désirait.

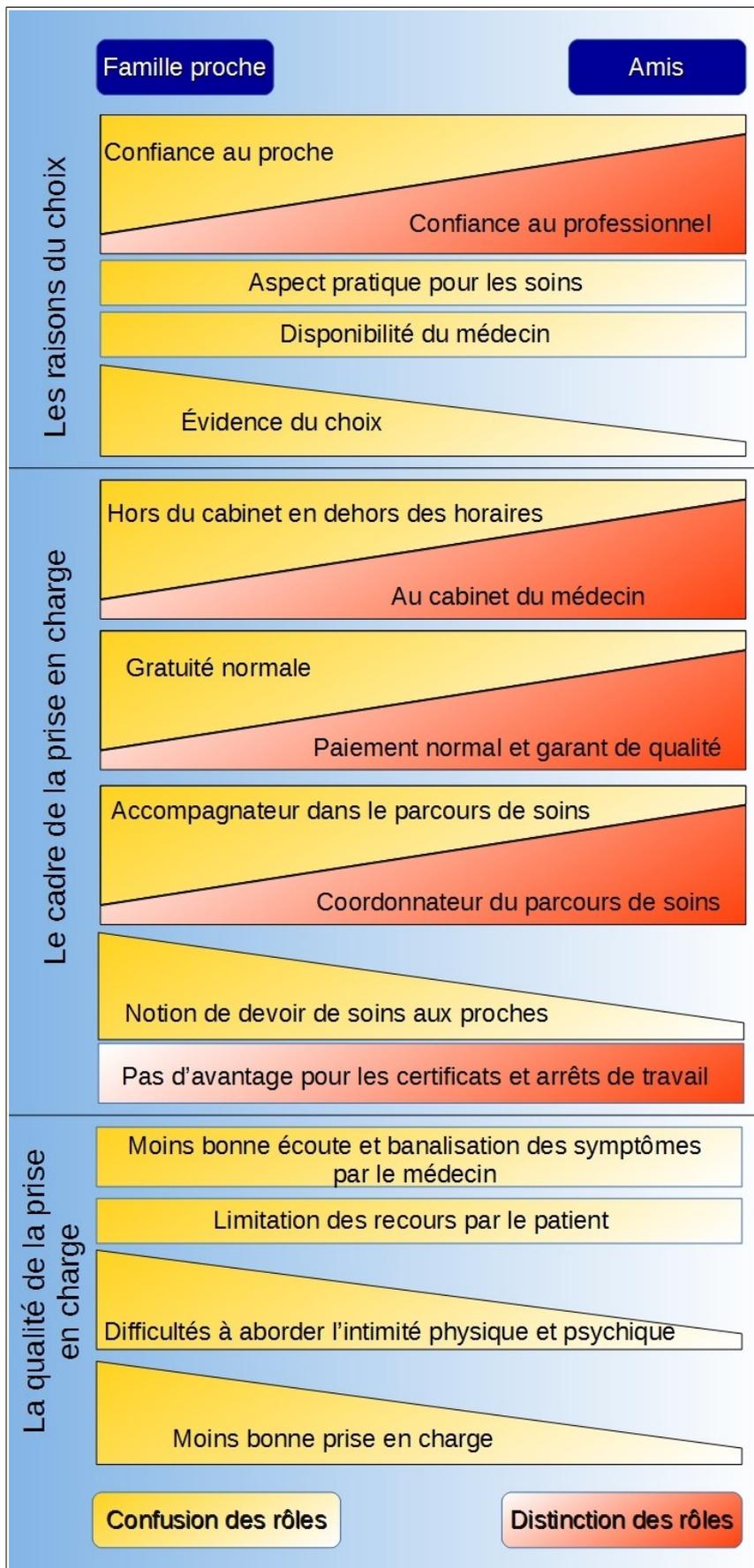


Schéma illustrant le double rôle médecin traitant/proche

4 Discussion

4.1 Discussion de la méthode

4.1.1 Le choix de la méthode

4.1.1.1 Le choix d'une recherche qualitative

Cette étude avait pour but d'explorer les éléments déterminant le choix d'un proche comme médecin traitant. C'est l'absence d'études sur le point de vue des patients qui a justifié une approche qualitative avec analyse en théorie ancrée. Cette méthode, théorisée en 1967 par deux sociologues américains, fonctionne à l'inverse des méthodes plus traditionnelles de recherche. Au lieu d'entreprendre la construction d'une hypothèse et de l'appliquer au phénomène étudié, le chercheur commence par la collecte de données, sans a priori, pour les mettre en lien avec les faits observés [34].

En revanche, les études qualitatives, par opposition aux méthodes quantitatives, ne permettent ni de quantifier, ni de généraliser ou d'extrapoler les résultats obtenus à d'autres populations. Ceci peut constituer une limite.

4.1.1.2 Le choix de l'entretien semi-dirigé

Contrairement au recueil des données par focus group, le choix de l'entretien individuel semi-dirigé permet de recueillir des opinions personnelles sans influence du groupe. L'entretien individuel est un processus ajustable, qui permet d'ajouter des participants jusqu'à atteindre le seuil de saturation.

Il s'agit d'une technique qualitative décrite par Kaufmann JC, qui permet de centrer le discours de personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable et consignés dans une grille d'entretien. Le but est de garantir l'étude de l'ensemble des questions qui m'intéressent et d'assurer aussi, la comparabilité des résultats [35].

Néanmoins, la réalisation de certains entretiens m'a posé quelques difficultés, ce qui a pu perturber la validité interne de l'étude.

Les premiers entretiens ont été plus difficiles à mener, car je ne maîtrisais pas la technique de l'entretien avec des questions ouvertes. Il était parfois compliqué de suivre la trame que j'avais pré-établie, de rebondir sur ce qui avait été dit ou de relancer l'interviewé. Je devais

également adopter la bonne attitude pour encourager l'interviewé à s'exprimer sans l'interrompre ou sans l'influencer, tout en limitant les hors-sujets et digressions. Il fallait également proscrire certains tics verbaux, comme « d'accord » que j'utilisais fréquemment dans les premiers entretiens, mais que je me suis efforcé de diminuer. Cela ne voulait pas dire que j'étais d'accord avec les idées de l'interviewé, mais simplement que je l'encourageais à poursuivre.

C'est ainsi que mon attitude et mes interventions ont pu influencer le discours des interviewés.

4.1.2 Discussion de la trame

J'ai élaboré la trame d'entretien après lecture de la bibliographie sur le point de vue des médecins sur le soin au proche.

Afin de comprendre le point de vue de chaque patient, il m'a paru important d'explorer au préalable la représentation globale du rôle et de la place qu'ils donnent au médecin traitant dans la prise en charge de leur santé. Ensuite, j'ai exploré la spécificité du choix d'un proche comme médecin traitant avec notamment les raisons, les avantages et les inconvénients de ce choix.

Après l'analyse des premiers entretiens, j'ai remarqué que la notion de confiance au médecin traitant était une des raisons principales du choix et un avantage avancé par l'ensemble des interviewés. Par contre, la trame que j'avais pré-établie, n'explorait pas suffisamment cette notion de confiance. Une modification de la trame d'entretien, avant la réalisation de la 4^e interview, a permis de mieux explorer les raisons de cette confiance.

4.1.3 Discussion de l'échantillon

4.1.3.1 Le recrutement

Dans une étude qualitative, l'échantillon n'a pas besoin d'être représentatif de la population cible, mais il doit être diversifié.

Dans cet échantillon, il y avait autant d'hommes que de femmes, une différence d'âge entre les interviewés mais aussi de statut marital, de statut socio-économique, de niveau d'étude, de lien avec le médecin traitant et d'existence ou non de pathologies chroniques ou graves. Cependant on peut se demander s'il est assez varié, car je n'ai pas réussi à recruter des ouvriers ou des agriculteurs qui ont peut-être une vision différente du choix d'un proche

comme médecin traitant. Ce fait peut sembler logique, car les interviewés font partie du cercle familial ou amical de leur médecin traitant, ils sont alors souvent du même milieu socio-économique.

Dans un souci de facilité technique, le recrutement s'est réalisé dans mon environnement géographique proche : Pyrénées-Atlantiques et Landes. La différence de point de vue qui peut exister selon les régions françaises n'est donc pas explorée.

Afin de limiter les biais, je ne connaissais aucun patient interviewé. Je n'avais jamais rencontré le dernier patient interrogé (entretien N°14), mais l'interview s'est réalisé avec le tutoiement, car le patient de 21 ans était plus à l'aise avec ce mode de conversation.

4.1.3.2 La notion de proche

J'ai défini arbitrairement « le proche » comme la personne faisant partie de la famille de son médecin traitant (au sens large) ou faisant partie de ses amis proches.

Il existe des distinctions théorisées par Mazelin-Salvi F entre « ami ordinaire », « ami proche » et « meilleur ami » [36]. Mais par souci de simplicité du recrutement, cette notion d'ami proche a été laissée à l'appréciation subjective du patient interviewé, et du médecin ayant participé au recrutement.

Dans les différentes thèses étudiant le point de vue des médecins sur le soin au proche, la définition de proche a été établie soit de manière arbitraire par l'auteur [6-8], soit le libre choix subjectif a été laissé aux médecins interrogés [31,32].

Au final, dans l'interprétation de mes résultats je distingue 3 groupes : le cercle familial proche regroupant le conjoint ou un parent au premier degré, la famille éloignée ou par alliance, et les amis proches. Cette distinction me permet d'extrapoler mes résultats en fonction du degré de proximité.

4.1.4 Validité interne

La variabilité des personnes interrogées et des points de vue permet de faire ressortir les différents aspects du phénomène étudié.

Afin d'assurer une validation interne, la triangulation des chercheurs impose que plusieurs chercheurs participent à la recherche et comparent ensuite leurs résultats, ceci dans le but de limiter les biais liés à l'analyse d'un chercheur unique.

Le codage a été réalisé de manière indépendante par deux médecins, le Docteur Laurent Magot et moi-même. Cela améliore la fiabilité de l'étude en réduisant la subjectivité. La mise en commun de nos codages, a été réalisée par moi-même sans concertation. La présence d'un troisième chercheur, indépendant aux deux premiers, pour réaliser cette mise en commun, aurait permis d'augmenter la force de l'étude. Cela n'a pas été réalisé pour des raisons de facilité technique et de difficultés de recrutement d'un troisième chercheur.

4.2 Discussion des résultats

4.2.1 Points forts et contributions à la connaissance

La force de l'étude est que l'on aboutit à une théorie en séparant les proches en 3 catégories et en comparant les données recueillies dans chacune d'entre elles. On rapproche ainsi le groupe « famille éloignée ou par alliance » avec le groupe « amis proches ». La balance distinction / confusion des rôles est en faveur de la distinction des rôles pour ces deux catégories. Alors que pour le groupe « famille proche », la balance est en faveur de la confusion des rôles. Cette confusion a directement un impact négatif sur la relation de soin entre le médecin et son patient.

Cette théorie sur la confusion et la distinction des rôles est d'autant plus applicable qu'au départ, la vision du rôle du médecin traitant des patients interviewés, est très proche de la définition de la médecine générale par l'Organisation mondiale des médecins de famille (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians : WONCA, [Voir annexe N°5 page 87](#)) [37]. Ainsi, les patients qui choisissent un proche comme médecin traitant, ont a priori des attentes de prise en charge médicale très proches, en tout cas au début, que n'importe quel autre patient.

4.2.2 Faiblesses des résultats

4.2.2.1 La confidentialité, réel avantage ?

La confidentialité a été classée dans les avantages. Or, on peut se poser la question de savoir si la confidentialité est réellement ressentie comme un avantage par les patients interrogés. Il peut s'agir plutôt d'un non-inconvénient. En effet, la confidentialité des propos et le secret professionnel doit être appliqué par tout médecin, pour tous ces patients, et on peut penser qu'il est plus difficile de les respecter quand on fait partie de l'entourage de son patient.

4.2.2.2 Limite de l'approche reposant sur la confusion / distinction des rôles

Le schéma sur la confusion / distinction des rôles, ressorti de cette étude, est plus une piste de réflexion pour de futurs travaux qu'une certitude. En effet, pour l'élaboration de ce schéma, on traite sans la comptabiliser réellement, la fréquence d'expression des données recueillies en fonction du lien avec le médecin traitant : famille proche, famille plus éloignée et amis. On se rapproche alors plus d'une analyse quantitative que qualitative.

4.2.3 Convergences et divergences avec les données de la littérature

4.2.3.1 Des données surtout sur le point de vue des médecins

Suite à notre travail, on note que l'avis des médecins et des patients sur le soin aux proches se rejoignent sur plusieurs points :

- Comme pour certains patients interrogés, pour certains médecins il ne s'agit pas réellement d'un choix de prise en charge, mais plutôt d'une évidence [32].
- L'aspect pratique de cette prise en charge est avancé globalement par la plupart des patients mais également par certains médecins [31].
- Quelques inconvénients de cette prise en charge particulière sont retrouvés par les deux parties, comme une moins bonne prise en charge globale [6,10,32,33], une limitation de prise en charge aux pathologies bénignes [10,32,33], un cadre de consultation non respecté [10,32,33], un problème de pudeur avec l'intimité physique et psychique [31-33], un manque d'objectivité [6,10,31-33].
- La prise de conscience de la difficulté de soigner un proche est faite à la fois par le médecin [32], mais également par certains patients que nous avons interrogés.

4.2.3.2 Une autre thèse récente explore le point de vue des patients

Jusqu'ici il n'y avait pas, à notre connaissance, de travaux portant sur le point de vue des patients. Cependant, durant la réalisation de notre étude, une thèse de médecine générale qui aborde le sujet a été soutenue par Augustyniak J [38].

La méthodologie de la recherche est proche de la nôtre, à savoir une étude qualitative par entretien semi-dirigés. Cependant, le recrutement des patients interrogés est beaucoup plus restrictif puisqu'il ne concerne que la famille proche du médecin. Cette proximité est définie arbitrairement par l'investigateur comme le conjoint, un parent au premier degré ou un membre de la fratrie. Le guide d'entretien élaboré par Augustyniak J a permis d'explorer le vécu des patients sur leur relation patient-médecin traitant proche, les spécificités de cette relation et leur ressenti sur leur prise en charge médicale.

Les résultats de la thèse d'Augustyniak J et de la nôtre vont dans le même sens, ce qui contribue à la validité externe de notre recherche. Chaque étude apporte bien évidemment ses données propres, mais elles possèdent beaucoup de points communs :

- Le rôle du médecin généraliste est moins exploré dans la thèse d'Augustyniak J que dans la nôtre, mais les patients rapportent les mêmes rôles principaux, comme celui de premier recours, de prise en charge globale et de coordination des soins.
- Dans cette autre thèse, les raisons du choix sont également dominées par l'aspect pratique, la confiance et la notion d'évidence.
- Chez Augustyniak J, la plupart des patients interrogés n'ont pas de souvenir de réticences de la part de leur médecin-proche lors de leur demande de prise en charge médicale.
- Les avantages de ce choix sont dominés dans les deux thèses par deux notions :
 - La confiance globale au médecin-proche, c'est-à-dire à la fois la confiance au proche et la confiance au Professionnel de Santé.
 - La disponibilité de leur médecin en lien avec la proximité.

D'autres avantages sont communs aux deux thèses comme l'efficacité clinique, un dialogue facilité, et le fait que le médecin soit concerné par la situation et donne une meilleure prise en charge.

- Plusieurs inconvénients de cette prise en charge sont retrouvés dans les deux thèses :
 - L'intimité et la pudeur lors de la consultation médicale, principalement physique (sphère uro-génitale) mais aussi psychique.

- Pour certains, la négligence de la prise en charge et la minimisation des symptômes.
- La limitation de prise en charge en cas de maladies graves.
- Certains sont conscients des difficultés pour un médecin de soigner un proche.
- Au final, dans cette thèse d'Augustyniak J qui n'explore que la famille proche, la notion de confusion des rôles est également retrouvée. Plusieurs arguments en faveur de cette confusion sont déjà cités ci-dessus. D'autres arguments en commun aux deux thèses n'ont pas été encore énoncés :
 - Un cadre de consultation non respecté.
 - La gratuité, vécue comme normale chez la famille proche.
 - La consultation par téléphone.

Dans cette thèse, on trouve certaines données qui ne sont pas présentes dans la nôtre :

- Certains patients insistent, voire forcent l'acceptation de prise en charge médicale, alors que le médecin exprime des réticences, allant initialement jusqu'au refus.
- Il existe des avantages à avoir un médecin traitant proche que nous n'avons pas retrouvés :
 - Une meilleure observance, justifiée par la confiance majorée en leur médecin traitant-proche.
 - Un accès facilité aux différents spécialistes.
 - Un abord de l'intime qui peut être plus aisé pour certains patients quand ils ont choisi un médecin traitant proche.
- La notion de confusion des rôles, retrouvée dans la thèse d'Augustyniak J, peut avoir des conséquences qui n'ont pas été exprimées par les patients de notre étude :
 - Un excès de prudence de la part de leur médecin, lié à l'affect, qui peut rassurer les patients.
 - Des refus de soin qui peuvent être mal perçus, incompris, les patients exprimant alors un sentiment de surprise, de déception, de rejet.

- Une appellation de médecin traitant qui est parfois contestée par les patients, qui expriment le sentiment d'être suivis avant tout par leur proche.
- La notion d'erreur médicale est souvent abordée avec une certaine mansuétude par les patients envers leur médecin-proche. Cette attitude pouvant aller jusqu'au déni.

4.2.4 Notre travail apporte des éléments nouveaux

Contrairement aux médecins qui expriment souvent une difficulté à vivre le double rôle médecin / proche [10,32,33], aucun élément exprimé par les patients ne permet de repérer une difficulté en miroir. On note, le plus souvent, une balance entre avantages et inconvénients penchant nettement en faveur des avantages. La confusion des rôles par les patients est importante, mais n'est pas exprimée par les patients interrogés comme une difficulté.

Par rapport aux autres travaux, notre étude apporte une piste de réflexion : plus la proximité entre un patient et son médecin est importante, plus la balance confusion / distinction des rôles penche en faveur de la confusion des rôles. Paradoxalement, ceci ne semble pas gêner les patients dans la relation de soin.

Tout patient peut se rendre compte que son médecin traitant ne lui convient plus. Quand le médecin traitant est proche, il peut être difficile de stopper la relation soignante. La poursuite de la prise en charge contre l'avis du patient peut alors nuire à la qualité des soins. On retrouve cette situation dans le cas de la patiente de l'entretien 10 de notre étude.

4.3 Le soin aux proches : une problématique complexe

4.3.1 La confusion des rôles au cœur de la problématique

Bonvalot V écrit dans l'introduction de sa thèse : « dans la communication intrafamiliale, le processus communicatif ne se limite pas à un échange d'informations verbales et non verbales mais représente une véritable nourriture affective." L'essentiel est la relation qui sous-tend le contenu de la communication. ". Toute remarque (contenu) peut alors être perçue comme une marque d'hostilité par la personne à laquelle elle est adressée, celle-ci n'en retenant que la composante négative (relation). Dans la même logique, tout conseil (contenu) peut être perçu comme une marque d'amour par la personne à laquelle il est adressé, celle-ci n'en retenant

cette fois que la composante positive (relation). C'est pourquoi, lorsque la personne médecin parle (contenu), seule la personne membre du lien risque d'être écoutée (relation). L'identité professionnelle du médecin peut, de ce fait, être mise à défaut lorsqu'elle sort de la sphère publique pour entrer dans la sphère privée, puisqu'il n'est pas possible pour la famille d'occulter l'appartenance familiale de ce dernier, ni d'échapper à des processus d'identification et d'interprétation. » [10, 39].

Cette notion de communication intrafamiliale particulière s'applique certainement aussi, mais peut-être à un degré différent à d'autres proches (parents éloignés, amis). Ceci contribue au fait que la confusion des rôles se majore certainement, en fonction du degré de proximité entre le patient et son médecin traitant.

4.3.2 Alors doit-on légiférer ? Ou réglementer ?

On a vu qu'en France il n'existe pas réellement de cadre législatif sur le soin aux proches (voir page 18) [27-30]. Mais faut-il en créer un ?

Pour les patients très proches (cercle familial étroit), on a vu qu'il pouvait y avoir, tant du côté des médecins que de celui des patients, des difficultés importantes à refuser ou ne pas demander une prise en charge. Un cadre législatif plus restrictif (interdiction ou non remboursement des prescriptions) serait peut-être une aide structurante pour ne pas confondre les rôles.

Plusieurs situations rendraient difficile la mise en place d'un éventuel interdit du soin au proche, hormis l'urgence, bien évidemment :

- Dans de petits groupes d'humains et surtout lorsqu'il y a pénurie de médecins, les médecins de soins primaires sont amenés à soigner des patients qu'ils connaissent bien, dont ils partagent la vie, et qui parfois sont des proches. De part sa définition, la médecine générale possède une dimension communautaire [37] : le médecin généraliste soigne ses patients au sein d'une communauté. La plupart du temps, il vit lui-même dans cette communauté, et peut donc y avoir des proches.
- Le médecin peut devenir ami avec un de ces patients ou en tomber amoureux. De la même façon, un patient peut intégrer la famille du médecin traitant par le jeu des alliances. La relation soignante doit-elle pour autant être interrompue ?

4.3.3 Quelle attitude adopter ?

Le refus de soins à un proche, qui semblerait être la solution initiale pour la plupart des médecins, reste difficile. Il existe dans la littérature des outils pour aider les médecins à gérer cette situation.

Fromme et al ont établi un tableau décrivant les situations les plus fréquentes et le niveau de risque associé à l'implication d'un praticien dans les soins d'un ami proche, ou d'un membre de sa famille. Ce tableau montre que la situation la plus à risque de conflit, pour un médecin, sur le soin au proche, est la prise en charge du proche en tant que médecin traitant [13].

Risque faible : <ul style="list-style-type: none">Aider à expliquer une information médicale, telle qu'un diagnostic.Suggérer de consulter un médecin.Répondre à la question de savoir s'il doit ou non consulter un médecin.Répondre à des questions sur les traitements.Faire de l'éducation thérapeutique.Orienter le patient dans le système de santé.Suivre les visites médicales (à l'hôpital).Accompagner le patient lors de consultation et l'aider à poser les bonnes questions ou traduire le jargon médical.
Risque modéré : <ul style="list-style-type: none">Suggérer au patient qu'il n'a pas besoin de consulter ou de s'inquiéter.Renouveler une fois une ordonnance prescrite par son praticien habituel.Prescrire des médicaments en vente libre
Risque élevé : <ul style="list-style-type: none">Prescrire un traitement non prescrit par le médecin habituel.Prescrire des substances contrôlées ou des médicaments psychotropes.Prescrire des examens complémentaires.Vérifier des résultats d'examens complémentaires.Coordonner les soins.Prendre des décisions sans impliquer le médecin traitant ou le patient.Prodiguer des soins au-delà des premiers recours.

Tableau 2 : niveau de risque de conflit en fonction de l'implication d'un praticien dans les soins d'un ami proche, ou d'un membre de sa famille (d'après Fromme et al).

La Puma et al [12] ont écrit des recommandations aux médecins pour faire face à cette situation, et essayer de répondre, de la meilleure manière, à cette demande de prise en charge de la part de leur proche.

Questions à se poser lors de la demande de soins de mes proches (La Puma et Priest, 1992)
▶ Ai-je la formation nécessaire pour répondre aux besoins médicaux de mon proche ?
▶ Suis-je trop lié à lui pour l'interroger sur les éléments intimes de son histoire ou pour l'examiner intimement, et pour gérer l'annonce de mauvaise nouvelle ?
▶ Suis-je suffisamment objectif pour ne pas donner trop peu ou trop de soins, ou des soins inappropriés ?
▶ Est-ce que mon implication médicale peut favoriser ou provoquer un conflit dans la famille ?
▶ Est-ce que le patient adhérerait plus facilement à mes soins qu'à ceux d'un praticien non membre de la famille ?
▶ Suis-je prêt à être tenu responsable, devant mes pairs et le public, de mes soins ?
▶ Suis-je prêt à accepter que le praticien auquel j'adresse le membre de ma famille le prenne en charge ?

Tableau 3 : recommandations pour les médecins devant répondre à une demande de soins d'un proche (d'après La Puma).

Malgré ces outils, il peut rester difficile pour les médecins de refuser la demande de soin de la part de leur proche. Cette difficulté est sans doute liée, au fait que la plupart des patients, méconnaissent ou sous-estiment les enjeux et les difficultés de la prise en charge d'un proche par un médecin.

5 Conclusion

Globalement, les médecins expriment des difficultés à la prise en charge médicale de leurs proches. Par contre, les patients qui font ce choix sont satisfaits de cette situation. Ils expriment quelques difficultés mais pour la plupart d'entre eux, les avantages du choix d'un proche comme médecin traitant surpassent les quelques inconvénients de cette situation.

Les raisons du choix d'un proche comme médecin traitant sont dominées par deux notions principales : l'aspect pratique et la confiance.

Pour les patients ayant choisi un membre de leur famille proche (parents du premier degré ou conjoints), la balance de choix paraît très limitée. En effet, pour ces patients, le fait de choisir un proche comme médecin traitant est plus une évidence qu'un réel choix. Il semble donc difficile d'influer sur cette décision, sachant que dans la plupart des cas, elle n'est pas le fruit d'une réflexion approfondie.

Dans notre étude, l'une des limites majeures de cette situation est apparue dans un seul entretien. Il s'agit de la difficulté de sortir de cette relation médecin-patient quand le patient le désire. Cette difficulté n'a pas été exprimée par un patient de la famille du médecin, mais par un patient ayant choisi un ami comme médecin traitant. Ceci tendrait à prouver, que même quand la confusion des rôles est moindre, la relation peut poser problème.

Il serait utile de sensibiliser à ces difficultés, tout patient qui souhaite choisir un proche comme médecin traitant. Cela paraît peut-être plus facile à mettre en place avec la famille éloignée et les amis qu'avec la famille proche. Avant toute acceptation de prise en charge d'un patient proche, le médecin pourrait avoir un entretien avec celui-ci, et lui exposer les difficultés que pourrait engendrer cette situation particulière. Quelques questions ou réflexions pourraient alors être posées :

- Que ferons-nous en cas d'erreur médicale ou d'incident lié au soin ?
- Comment allons-nous gérer l'intime lors d'une consultation médicale ?
- Es-tu prêt à ne pas limiter ta prise en charge médicale aux problèmes bénins ou à certains aspects de ta santé ?
- Tout patient a le droit de changer de médecin traitant à tout moment s'il le désire. Seras-tu capable de le faire si tu en ressens le besoin ?

Cet entretien permettrait une réflexion partagée avec le patient afin, soit d'établir des règles de fonctionnement claires, soit de lui permettre de reconsidérer sa demande de prise en charge.

Un travail de consensus pourrait permettre d'établir un modèle d'entretien préalable type à toute demande de soin de la part d'un proche.

6 Bibliographie

- 1: Shan P. La difficulté à soigner les proches [Internet]. [consulté le 05/10/2016]. Disponible sur : <http://cedre.forum.free.fr/difficulte.htm>
- 2: Jaddo. Juste après dresseuse d'ours [Internet]. Jaddo. Sept 2007 - [consulté le 05/10/2016]. Disponible sur : <http://www.jaddo.fr/2011/04/10/je-sais-que-taimes-pas-donner-des-conseils-medicaux-mais/>
- 3: La Puma J, Stocking CB, LaVoie D, Darling CA. When physicians treat members of their own families. *N Engl J Med*. 1991;325(18):1290-4.
- 4: Evans RW, Lipton RB, Ritz KA. A survey of neurologists on self-treatment and treatment of their families. *Headache*. 2007;47(1):58-64.
- 5: Reagan B, Reagan P, Sinclair A. "Common sense and a thick hide". Physicians providing care to their own family members. *Arch Fam Med*. 1994;3(7):599-604.
- 6: Masson L. Le médecin généraliste face à la demande de soins de ses proches : quelle est la demande? Comment le médecin y répond-il? Quels problèmes cela lui pose-t-il? L'expérience de 47 généralistes installés en ville nouvelle. Thèse de médecine, Paris: Université Paris 5 Necker; 1996.
- 7: Cornec-Lasserre S. Soigner ses proches en tant que médecin généraliste. Thèse de médecine, Lille: Université de Lille 2; 2005.
- 8: Castéra F. Le médecin généraliste, médecin de sa famille? : Enquête auprès de 100 médecins généralistes installés en Haute-Garonne sur les soins apportés à leurs proches. Thèse de médecine, Toulouse: Université Toulouse 3; 2005.
- 9: Vallerend V. Quand le généraliste soigne sa famille : enquête en Basse-Normandie. Thèse de médecine, Caen: Université de Caen Normandie; 2009.
- 10: Bonvalot V. Médecin traitant de sa propre famille : différences de pratique dans la relation thérapeutique intrafamiliale : enquête auprès de médecins généralistes du Var. Thèse de médecine, Marseille: Université Aix-Marseille 2; 2009.
- 11: Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. 3^{ème} ed. Traduction: Valabrega JP. Paris: Payot; 2006. p. 128-68.
- 12: La Puma J, Priest ER. Is there a doctor in the house? An analysis of the practice of physicians treating their own families. *JAMA* . 1992;267(13):1810-2.
- 13: Fromme EK, Farber NJ, Babbot SF, Pickett ME, Beasley BW. What do you do when your loved one is ill? The line between physician and family member. *Ann Intern Med*. 2008;149(11):825-31.
- 14: Scarff JR, Lippmann S. When physicians intervene in their relatives health care. *HEC Forum*. 2012;24(2):127-37.
- 15: Percival T. Medical Ethics, or a Code of Institutes and precepts, adapted to the professional conduct of physicians and surgeons. London: Russell S; 1803.
- 16: American Medical Association's Code of Medical Ethics, Opinion 8.19 – Self-treatment or treatment of immediate family members [Internet] (issued 1993 Jun) [consulté le

05/10/2016]. Disponible sur: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion819.page>

17: Latessa R, Ray L. Should you treat yourself, family or friends? *Fam Pract Manag.* 2005;12(3):41-4.

18: Collège des médecins du Québec. Code de déontologie des médecins, article 70 [Internet] (version à jour au 1 fév 2015) [consulté le 27/02/2015]. Disponible sur : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/M_9/M9R17.HTM

19: British Medical Association. Ethical responsibilities in treating doctors who are patients. Guidance from the BMA medical ethics department [Internet] (updated on 2010 jan) [consulté le 13/01/2015]. Disponible sur: <file:///C:/Users/utilisateur/Downloads/doctorswhoarepatientsjanuary2010.pdf>

20: Medical council of Ireland. Guide to professional conduct and ethics for registered medical practitioners, art 52 [Internet] (updated on 2009) [consulté le 05/10/2016]. Disponible sur : <http://www.medicalcouncil.ie/News-and-Publications/Publications/Information-for-Doctors/Guide-to-Professional-Conduct-and-Ethics-for-Registered-Medical-Practitioners.pdf>

21: Medical council of New-Zeland. Good medical practice, art 11 [Internet] (updated on 2013 apr) [consulté le 05/10/2016]. Disponible sur : <https://www.mcnz.org.nz/assets/News-and-Publications/good-medical-practice.pdf>

22: El Abidine Ben Ali Z. Code de déontologie médicale tunisien, article 44 [Internet] (version à jour au 17 mai 1993) [consulté le 05/10/2016]. Disponible sur : <http://www.atds.org.tn/Decretdeontologiemedicale93.pdf>

23: Fédération des Médecins Suisses. Code de déontologie de la FMH, article 5. [Internet] (version à jour au 30 oct 2014) [consulté le 02/01/2015]. Disponible sur : http://www.fmh.ch/files/pdf16/Standesordnung_20150215_frz.pdf

24: Conseil de l'ordre national des médecins belges. Code de déontologie médicale, article 28 [Internet] (version à jour en fév 2014) [consulté le 05/10/2016]. Disponible sur : <https://ordomedic.be/fr/code/chapitre/rerelations-avec-le-patient>

25: Cyprus Medical Association. Medical professional ethics regulations, article 8 [Internet] (updated on 1991) [consulté le 05/10/2016]. Disponible sur : http://www.ceom-ecmo.eu/sites/default/files/documents/cyprus_-_deontology_code.pdf

26: Organization Medica Colegial De Espana. Código de deontologia medica, articulo 11 [Internet] (actualizacion en 2011) [consulté le 05/10/2016]. Disponible sur : https://www.cgcom.es/codigo_deontologico/index.html#/22/

27: Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le serment d'Hippocrate [Internet]. 2012 Janv [consulté le 05/10/2016]. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>

28: Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie médicale [Internet] (version à jour en nov 2012) [consulté le 05/10/2016]. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>

29: Ordre National des Médecins. Commentaires sur l'article 7 du Code de déontologie médicale (article R 4127-7 du Code de la santé publique) [Internet]. CNO; 2012 Nov

[consulté le 05/10/2016]. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-7-non-discrimination-231>

30: Code de la sécurité sociale, article L162-5-3 [Internet]. (version à jour en juil 2009) [consulté le 05/10/2016]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000020886870&dateTexte=20141221>

31: Dagnicourt P. Soigner ses proches, une attitude à raisonner? : Réflexion sur les interférences entre la relation de soin et la relation préexistante par enquête qualitative. Thèse de médecine, Angers: Université d'Angers; 2012.

32: Peltz J. Comment les médecins se positionnent-ils vis-à-vis des maladies de leurs proches. Thèse de médecine, Paris: Université Paris-Diderot Paris 7; 2012.

33: Cottureau S. Les médecins généralistes soignent-ils leurs parents ? (Père et Mère) : réflexions sur les motivations pour ou contre cette pratique au travers d'analyses quantitatives (255 réponses à un questionnaire) et qualitatives (10 entretiens semi-directifs ciblés). Thèse de médecine, Angers: Université d'Angers; 2011.

34: Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique. 1994;23:147-81.

35: Kaufmann JC. L'entretien compréhensif. Paris: Armand Colin; 2006.

36: Mazelin-Salvi F. Comment distinguer l'ami du copain ? [Internet]. Psychologies Magazine. Mai 2013 [consulté le 05/10/2016]. Disponible sur : <http://www.psychologies.com/Moi/Moi-et-les-autres/Amitie/Articles-et-Dossiers/Qu-est-ce-qu-un-vrai-ami/Comment-distinguer-l-ami-du-copain>

37: WONCA Europe. La définition européenne de la médecin générale - médecine de famille [Internet]. 2002 [consulté le 05/10/16]. Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>

38: Augustyniak J. Vécu des patients pris en charge par un médecin généraliste membre de leur propre famille. Thèse de médecine, Nancy: Université de Lorraine; 2015.

39: Hefez S. Quand la famille s'emmêle. Paris: Hachette Littératures; 2004. p. 121-3.

7 Annexes

7.1 Annexe N°1 : Fac-similé de la déclaration CNIL



RÉCÉPISSÉ

Monsieur CAZENAVE Mickaël
UNIVERSITE DE BORDEAUX
146 RUE LEO SAIGNAT
33000 BORDEAUX

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

1838666 v 0

du 27 février 2015

A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez effectué une déclaration de votre traitement à la CNIL et que votre dossier est formellement complet. Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement. Cependant, la CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. En tout état de cause, vous êtes tenu de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Organisme déclarant

Nom : UNIVERSITE DE BORDEAUX

Service : DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Adresse : 146 RUE LEO SAIGNAT

Code postal : 33000

Ville : BORDEAUX

N° SIREN ou SIRET :

193300068 00304

Code NAF ou APE :

8542Z

Tél. : 0557571010

Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : THESE DE MEDECINE GENERALE PAR ENTRETIEN QUALITATIF VISANT A DECRIRE LES DETERMINANTS, POUR LE PATIENT, DU CHOIX D'UN PROCHE COMME MEDECIN TRAITANT ET ESSAYER D'APPREHENDER LES REPRESENTATIONS DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT CONDUISANT A CE CHOIX. RECUEIL DES ENTRETIEN PAR DISPOSITIF D'ENREGISTREMENT AUDIO, TRANSCRIPTION SOUS FORME DE VERBATIM ANONYMISE ET TRAITEMENT DES DONNEE PAR LOGICIEL NVIVO 10. DESTRUCTION DES ENREGISTREMENTS APRES TRANSCRIPTION.

Fait à Paris, le 27 février 2015
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

7.2 Annexe N°2 : Trame d'entretien

1) Présentation du projet de recherche

Le but de cet entretien est d'essayer de comprendre les raisons du choix d'un proche comme médecin traitant et les avantages et inconvénients que cette situation peut engendrer.

Assurer de la confidentialité des données :

Je mène cette recherche sous la direction du Docteur Magot, médecin généraliste enseignant et maître de conférences à l'université de Bordeaux.

Toutes les données recueillies seront anonymisées. Les enregistrements audio seront détruits après retranscription écrite et anonyme et je serais le seul à connaître l'identité des patients ayant participé à l'étude.

Vous pourrez si vous le désirez avoir accès au verbatim (retranscription écrite et anonymisée) de notre entretien et à la thèse au format électronique une fois celle-ci terminée.

Votre médecin n'aura pas accès au verbatim de notre entretien mais pourra avoir accès à la thèse qui est publique.

Ce travail ne modifiant pas votre prise en charge médicale il n'a pas été demandé l'avis du Comité de Protection des Personnes, par contre dans la mesure où le traitement des données s'effectue par informatique le projet de recherche a été soumis à la CNIL.

*À ce moment donner un document explicatif, le récépissé de la CNIL et recueillir le consentement verbal du patient : **Êtes-vous toujours d'accord pour participer à cette étude ?***

En cas de réponse positive mettre en marche les enregistreurs et commencer l'entretien.

2) Questionnaire

1) Le médecin généraliste, son rôle et sa place.

Question : Pouvez-vous me parler, d'une manière générale, du rôle et de la place que vous donnez au médecin généraliste dans la prise en charge de votre santé ?

Objectifs :

✓ Prise en charge globale ou bio-psycho-sociale

Relance : Quelles autres problématiques que les maladies physiques vous paraissent être du domaine du médecin généraliste ?

Approfondissement Pourquoi les problèmes psychologiques ou sociaux ne vous paraissent pas être du champ de la médecine générale ?

✓ Accessibilité : notion de premier recours et de continuité.

Relance : Pour vous quelle disponibilité doit avoir le médecin généraliste pour ses patients ?

✓ Prendre en charge toutes les pathologies : soins primaires

Relance : Quelles pathologies, sont selon vous, ou ne sont pas du domaine de la médecine générale ?

✓ La confidentialité, le rôle de confident

Relance : Quelles sont les choses dont vous ne parleriez pas à votre médecin traitant ?

2) Les raisons du choix d'un proche comme médecin traitant

Question : Pouvez-vous me parler des raisons qui vous ont conduit à choisir le Dr X, qui est un de vos proches, comme médecin traitant ?

Objectifs :

✓ Proximité, disponibilité

Relance : Quelle était votre idée de la disponibilité d'un proche en tant que médecin traitant par rapport à un autre médecin généraliste ?

✓ Facilité à voir hors des horaires habituels

Relance : Et de sa disponibilité en dehors des horaires habituels ?

✓ Plus grande confiance

Relance : Pour quelles raisons pensez-vous que vous puissiez plus faire confiance à un proche pour vous soigner ?

Approfondissement : Est-ce que vous pouvez me parler des raisons de cette confiance ?

✓ Notion de devoir (si ce sont des ascendants ou des descendants)

Relance : Que pensiez-vous de la notion du devoir de soigner ses proches pour un médecin généraliste ?

✓ Gratuité

Relance : Comment envisagiez-vous le rapport financier avec un médecin que vous connaissiez ?

✓ Les certificats et arrêts de travail

Relance : Comment envisagiez-vous la rédaction par un proche des documents administratifs (certificats, arrêt de travail) ?

3) Avantages et inconvénients

Question : Par rapport aux raisons qui vous ont poussé à choisir le docteur X comme médecin traitant, quels ont été les avantages et les inconvénients de ce choix ?

Objectifs :

✓ Confidentialité

Relance : Pouvez-vous me parler de la confidentialité des propos que vous donnez à votre médecin traitant, qui est également votre *ami, frère, sœur...* ?

✓ Intime : psychologique et corporel

Relance : Pouvez-vous me parler de tout ce qui touche à l'intime lors d'une consultation avec votre médecin ? À la fois le côté psychologique ? Et le côté corporel ?

✓ Proximité, disponibilité

Relance : Pouvez-vous me parler de la disponibilité qu'a votre *ami, frère, sœur...* en tant que médecin traitant ?

✓ Facilité à voir hors des horaires habituels

Relance : Et de sa disponibilité en dehors des horaires habituels ?

✓ Plus grande confiance

Relance : Qu'en est-il de la confiance que vous avez en votre proche en tant que médecin traitant par rapport à un autre médecin généraliste ?

✓ Modification de la relation personnelle

Relance : En quoi le fait d'avoir choisi le Dr X comme médecin traitant a-t-il modifié vos relations personnelles ?

Approfondissement : Comment faites-vous la part de ce qui est du domaine familial (amical) et du domaine professionnel ?

✓ Gratuité

Relance : Quelle est la relation d'argent qui sous-tend votre relation patient-médecin ?

✓ Les certificats et arrêts de travail

Relance : Pouvez-vous me parler de la rédaction de certificat médicaux et d'arrêt de travail avec votre médecin ?

4) Pouvez-vous me parler de la réaction de votre médecin quand vous lui avez demandé de vous prendre en charge ?

5) Avez-vous déjà consulté un autre médecin (généraliste ou spécialiste) sans en référer à votre médecin traitant ?

Approfondissement : Pouvez-vous m'en parler ? Quelles situations vous amènerez à consulter un autre médecin sans en parler à votre médecin traitant ?

6) Comment pensez-vous que votre médecin traitant voit le fait de soigner un proche ?

3) Données quantitatives

Lien avec le médecin :

Si amis poser la question : Vous considérez-vous comme un ami proche (intime) de votre médecin ou un ami éloigné ? Quel est votre degré de proximité avec votre médecin ?

Si lien de parenté supérieur a ascendant descendant direct, alors poser la question de la proximité.

Sexe :

Âge :

Profession :

Niveau d'étude :

Avez-vous des pathologies chroniques qui nécessitent un suivi régulier ?

Souffrez-vous, ou avez-vous souffert de maladies graves ?

7.3 Annexe N°3 : Document explicatif pour les patients

M. Cazenave Mickaël
5 route de Bouillon
64410 Larreule



Dr Magot Laurent
Centre médical Forez
31 boulevard Blériot
64140 Lons

Thèse de Médecine Générale : Quels sont du point de vue du patient les éléments qui déterminent le choix d'un proche comme médecin traitant ?

Je mène cette recherche sous la direction du Docteur Magot, médecin généraliste enseignant et maître de conférences à l'université de Bordeaux. Cette étude a pour but d'établir, du point de vue des patients, les éléments qui déterminent le choix d'un proche comme médecin traitant.

Toutes les données recueillies seront anonymisées. Les enregistrements audio seront détruits après retranscription écrite et anonyme, et je serais le seul à connaître l'identité des patients ayant participé à l'étude.

Vous pourrez si vous le désirez avoir accès au verbatim (retranscription écrite et anonymisée) de notre entretien et à la thèse au format électronique une fois celle-ci terminée.

Votre médecin n'aura pas accès au verbatim mais pourra avoir accès à la thèse qui est publique.

Ce travail ne modifiant pas votre prise en charge médicale il n'a pas été demandé l'avis du Comité de Protection des Personnes. Par contre, dans la mesure où le traitement des données s'effectue par informatique, le projet de recherche a été soumis à la CNIL qui a donné sa validation (copie jointe).

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude.

Pour tout renseignement complémentaire ou si vous désirez une copie de la thèse et que vous ne l'avez pas exprimé lors de notre entretien initial, veuillez trouver mon contact dans l'entête.

Cazenave Mickaël.

7.4 Annexe N°4 : Présentation sommaire des interviewés

Entretien 1 : AB (15mn)

Homme de 68 ans, pédiatre hospitalier à la retraite qui continue à faire quelques consultations. Il a choisi un ami très proche comme médecin traitant, avec qui il part souvent en vacances et avec qui il réalise de multiples activités extra professionnelles. Le choix de son médecin est surtout lié à sa compétence professionnelle, mais son rôle reste très cloisonné : actes de dépistage du cancer de la prostate et du cancer colorectal. Il était d'ailleurs son propre médecin traitant, à mon avis jusqu'au moment où il a commencé les dépistages et où il a eu besoin d'une tierce personne pour réaliser des gestes comme le toucher rectal. Il ne présente pas de pathologies chroniques, graves ou psychologiques et il ne semble pas se projeter dans l'un de ces trois cas. Étant médecin, il a son propre avis sur sa santé et pratique l'automédication ce qui limite la place du médecin traitant dans la prise en charge de sa santé.

Entretien 2 : JCD (25mn)

Homme de 77 ans, à la retraite, ancien directeur et gérant de grandes entreprises avec un niveau d'étude d'ingénieur. Il est bénévole visiteur médical pour les patients hospitalisés. Il a choisi un ami de 35 ans maintenant comme médecin traitant qu'il a choisi rapidement après avoir eu des liens d'amitiés avec lui. C'est un de ses meilleurs amis, confident et la femme de son médecin est également une très bonne amie, voire une confidente. Il n'a pas de pathologies chroniques, il habite à 30 km de chez son médecin. Il revendique une prise en charge médicale sérieuse, au cabinet, centrée sur la prévention. Son médecin traitant va visiter régulièrement ses malades à l'hôpital et en clinique où ils se croisent et où des prescriptions peuvent être échangées.

Entretien 3 : GC (14mn)

Femme de 85 ans, à la retraite, ancienne propriétaire d'un hôtel avec le baccalauréat comme niveau d'étude. Le contexte est particulier, car elle a toujours eu comme médecin traitant quelqu'un de sa famille, au début son beau-père puis son beau-frère puis maintenant sa fille. Pour elle tout s'est fait naturellement comme elle le dit ce qui m'a un peu déstabilisé au cours de l'interview, car je n'arrivais pas à explorer de nouvelles idées. J'ai eu l'impression que l'interview était très pauvre et j'ai eu du mal à lui faire développer ses propos. Cependant, comme je le dis à la fin de l'enregistrement l'étude sert à révéler tous les points de vue de

patients et celui-là est tout aussi important que les autres, car il est différent même si au premier abord il paraît moins riche. La relation avec sa fille est fusionnelle, elle l'accompagne partout même pour le jour de l'interview ce qui a, malheureusement, interrompu le fil de l'enregistrement pendant 5 minutes.

Entretien 4 : AD (18mn)

Femme de 46 ans, journaliste, ayant bac +5 dans le Droit. Elle a choisi son mari comme médecin traitant surtout pour des raisons pratiques pour elle et ses enfants et des raisons de confiance. Elle semble avoir eu une bonne réflexion sur ce sujet. L'entretien s'est déroulé chez elle, car elle travaille au domicile. Lors de cet entretien, j'ai eu l'impression qu'il était pauvre en idées nouvelles mais finalement après retranscription sous format « word » il me semble intéressant et différent des entretiens précédents. Elle est suivie pour migraine avec traitement de fond prescrit par son médecin traitant, et n'a plus de suivi par des neurologues, toujours pour question de praticité.

Entretien 5 : JB (22mn)

Homme de 49 ans, agent de maîtrise, ayant un DUT (BAC +2). Il a choisi sa compagne avec laquelle il est pacé et a des enfants comme médecin traitant. Ce choix a été plutôt une évidence dès le début de leur relation. Il a connu un seul autre médecin qu'il nomme médecin de famille qui l'a suivi lorsqu'il était enfant et jeune adulte. Il ressort de l'entretien essentiellement l'idée qu'il y a une grande confusion des rôles médecin/proche avec le patient. Il parle de sa santé plutôt à sa femme qu'à son médecin, pour lui c'est un avantage, mais il réalise que cela pourrait être difficile pour sa femme s'il avait une maladie chronique ou grave.

Entretien 6 : VC (25mn)

Femme de 48 ans, vétérinaire, mariée avec enfants. Elle me reçoit chez elle dans une petite ville du Béarn où elle exerce sa profession et où exerce son médecin traitant. Elle s'est installée dans cette ville au même moment que PR qui est devenu rapidement une connaissance puis un ami proche et son médecin traitant. Cette évolution de relation s'est faite naturellement avec un effort fait pour respecter et séparer au maximum la relation familiale et la relation médecin/patient. Durant l'entretien la patiente a développé beaucoup d'idées et à des moments j'ai eu l'impression d'en laisser passer et de ne pas les avoir explorées par des questions plus poussées. Elle est suivie par son médecin traitant pour de l'asthme.

Entretien 7 : FM (34mn)

Femme de 46 ans, artiste peintre, mariée avec 2 enfants. Elle a eu deux licences : une de Lettre et une de Philosophie. Elle travaille majoritairement à son domicile où elle a son atelier et où elle me reçoit pour l'interview. Elle a choisi son mari comme médecin traitant. Même si elle ne se souvient pas avoir rempli la déclaration de médecin traitant, elle l'a fait. Cela s'est fait petit à petit, à la suite de prises en charge ponctuelles. Les réponses aux questions étaient toutes très développées et je n'ai pas eu besoin de beaucoup approfondir les questions. J'ai ressenti beaucoup de confiance envers son médecin traitant, en tant que mari et thérapeute, au point même de le ménager en quelque sorte et d'éviter les « mauvais moments » ou certains motifs de consultations : comme les choses trop bénignes ou les petits stress du quotidien. Ses filles de 16 et 19 ans sont également suivies par leur père : lui aimerait passer la main, mais elles ne veulent pas.

Entretien 8 : DC (32mn)

Femme de 80 ans, veuve, avec 3 enfants. Elle est retraitée et travaillait avant dans un laboratoire pharmaceutique. Elle habite désormais seule, dans un appartement dans un grand immeuble, dans Pau où elle me reçoit pour l'entretien. Son médecin traitant est son fils, qui exerce lui en milieu rural. Il suit également le reste de la fratrie. Elle a choisi son fils en tant que médecin traitant pour elle et son mari à l'époque, quand leur ancien médecin généraliste a pris sa retraite. Elle garde une représentation ancienne du généraliste de campagne, avec plutôt un schéma de paternalisme médical et dit ne pas faire de différence entre son fils et son ancien médecin généraliste. L'entretien a été un peu difficile à retranscrire, car elle utilise beaucoup d'anecdotes pour répondre aux questions. Il y a un suivi de pathologies assez lourdes, car elle a eu 2 cancers.

Entretien 9 : FR (26mn)

Homme de 88 ans, en institution depuis peu. Il s'est rapproché de chez sa fille et donc son gendre qui est devenu son médecin traitant à la suite de la perte de sa femme, car il se retrouvait seul au domicile et loin de sa famille. Il a demandé à son gendre de lui trouver une institution proche de chez eux qui pourrait le prendre en charge, ce qu'il a fait. C'est ensuite son gendre qui a fait le premier pas pour se proposer en tant que médecin traitant ce que FR attendait et a donc accepté. Il me reçoit dans la chambre de son EHPAD pour l'interview. Il est suivi pour des maladies chroniques, surtout cardiaque avec un pacemaker en place. Il est globalement asthénique, avec un souffle assez court ce qui ne lui permet pas de faire de grand

développement à la suite de mes questions. Il répond quelque fois à côté de mes questions, par défaut de compréhension probablement, car il ne présente pas a priori de troubles cognitifs. Même si ce n'est pas lui qui a fait le premier pas pour avoir son gendre en tant que médecin traitant cette situation le convient pleinement et il voit que des avantages et loue la qualité de pratique médicale de son gendre.

Entretien 10 : CP (22mn)

Femme de 42 ans, mariée avec 1 enfant. Elle exerce en tant que coiffeuse indépendante associée avec son mari dans la ville où elle a choisi son médecin traitant (en face même du cabinet médical). Elle me reçoit chez elle pour l'interview. Son médecin traitant est un de ses amis proches qu'elle a connus au début de son installation et qu'elle l'a choisi par commodité, car il prenait la suite de son médecin traitant. La notion de confiance en son ami a également beaucoup pesé dans les avantages, du moins au début. Mais maintenant les inconvénients d'être traité par un proche prennent le dessus, notamment le manque d'écoute et l'intrusion de la sphère amicale dans la sphère médicale de la part du médecin. Cette situation est telle qu'elle pense à changer de médecin, mais elle n'ose pas car craint la réaction de son médecin ami. Elle a une endométriose, pathologie chronique et invalidante en termes de douleurs pour lesquelles elle ne se sent pas du tout écoutée, à la fois par son médecin traitant et à la fois par son gynécologue. Ce qui l'a poussé à consulter un autre médecin généraliste sans en référer à son médecin traitant : 1ère situation de ce type depuis le début des interviews.

Entretien 11 : EB (54mn)

Homme de 85ans, marié avec 2 enfants. Il est retraité et occupait un haut poste de président directeur général dans une grande entreprise internationale et travaillait dans toute l'Europe. A présent, il vit seul dans sa maison, car sa femme est en institution depuis 6 mois à cause d'un Alzheimer évolutif. Cette situation lui est très difficile à vivre, mais il passe plusieurs heures par jour avec elle et doit gérer tout le côté administratif. Il occupe un poste de bénévole dans la jeunesse et sport du département ce qui lui permet de déconnecter un peu de sa vie quotidienne et lui fait du bien moralement. Il me reçoit chez lui pour l'interview. Il a choisi son neveu comme médecin traitant dès qu'il s'est installé dans sa ville alors qu'il avait déjà un médecin traitant. Pour lui c'était tout simplement naturel car c'était son neveu et il n'avait pas de raison de ne pas le faire travailler. Son fils est également médecin généraliste mais dans une ville à 45 min de chez lui mais le rapport est différent, car il avoue que son fils ne l'aurait sûrement pas pris comme patient s'il habitait dans la même ville. Le rapport médecin/patient

avec son neveu à l'air tout à fait sain, des 2 côtés, et la distinction des rôles à l'air parfaite. Il a un suivi essentiellement cardiaque. L'entretien est assez long avec plusieurs hors-sujet mais le patient était difficile à canaliser.

Entretien 12 : CL (17mn)

Homme de 66 ans, marié, jeune retraité, titulaire d'un CAP. Il a choisi sa nièce par alliance comme médecin traitant. Elle habite à côté de chez lui. Il l'a choisi à la suite d'une prise en charge ponctuelle et il a trouvé chez ce médecin proche ce qu'il ne trouvait pas ailleurs : une écoute, une prise en charge psychique et une liberté de parole. Il ne voit donc que des avantages à avoir choisi sa nièce. Ils sont assez proches pour de la famille éloignée : repas régulier ensemble. Il a suivi essentiellement cardiaque et vasculaire. Le cadre de consultation est par contre globalement respecté sauf urgence bien qu'ils soient voisins. Il me reçoit chez lui pour l'interview.

Entretien 13 : SC (25mn)

Femme de 39 ans, célibataire sans enfant. Elle est secrétaire et est titulaire d'un Master (Bac+5). Elle a choisi son père comme médecin traitant, c'est lui qui l'a toujours soignée. Il continue même à la prendre en charge depuis qu'il est à la retraite. Elle est très proche de son père, elle travaille la semaine dans une ville où elle a un appartement mais rentre tous les week-ends dans la ville où il y a son père et son compagnon. Elle me reçoit d'ailleurs chez son père qui est absent durant l'interview. Ayant connu qu'un médecin proche comme médecin traitant, elle a du mal à faire la comparaison avec une prise en charge avec un autre médecin. La proximité de vie fait que la confusion des rôles est bien présente, mais elle ne trouve pas d'inconvénient à cette situation et ne perçoit pas l'avis de son père sur la vision du soin au proche. La confiance et la connaissance du patient est très important pour elle et c'est pour cela qu'elle n'a pas voulu changer de médecin traitant depuis sa retraite. Elle a un suivi chronique pour des allergies et de l'asthme.

Entretien 14 : JM (16mn)

Homme de 21 ans, célibataire sans enfant, il vit chez ses parents où il me reçoit pour l'interview. Il a obtenu un Bac Scientifique, il était en licence cette année, mais il a arrêté et cherche une réorientation. Il a choisi son père comme médecin traitant ce qui a toujours été le cas des membres du clan familial, donc sa mère et sa sœur qui a 16 ans. Son père est médecin généraliste de formation initiale, il est aussi ostéopathe, il ne travaille plus actuellement en cabinet libéral mais a un poste de salarié dans un service hospitalier. Depuis il a quand même

gardé ces 3 membres de sa famille comme patients. JM a toujours eu son père comme médecin traitant et il n'a pas voulu changer, au contraire, lors de la déclaration à 16 ans. Cette situation le convient parfaitement, avec au premier plan l'avantage de la facilité et pas d'inconvénients. Toutes les consultations se font à la maison, dans le clan familial et cette situation ne semble pas lui poser problème. Les rôles du médecin généraliste énoncés par le patient reflètent les rôles décrits par la WONCA.

7.5 Annexe N°5 : Les caractéristiques de la discipline de la médecine générale-médecine de famille – WONCA EUROPE 2002

A) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.

B) Elle utilise 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 du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.

C) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.

D) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.

E) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.

F) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.

G) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.

H) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.

I) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.

J) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.

K) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

7.6 Annexe N°6 : Verbatims de 3 entretiens

Les verbatims intégraux de l'ensemble des entretiens sont présents sur le CD-ROM joint à la thèse.

7.6.1 Verbatim de l'entretien N°5

MC : Pouvez-vous me parler d'une manière générale du rôle et de la place que vous donnez au médecin généraliste dans la prise en charge de votre santé ?

JB : (Longue pause) le rôle ? Heu, heu... C'est-à-dire que je résonne pas trop avec le heu, avec le médecin mais plutôt avec ma femme. Donc je, j'ai pas ce, j'ai pas cette relation de médecin et, donc voilà c'est un rôle de heu, enfin une relation de heu, basée sur le conseil, sur le, comme dans un couple classique quoi, il n'y a pas de relation médecin heu sujet, voilà.

MC : Ok. Vous avez déjà eu un médecin avant heu, avant votre...

JB : Oui mais il y a très longtemps. Il y a très longtemps quand j'étais, quand j'étais tout jeune garçon, j'avais un médecin heu, oui, j'avais un médecin de famille que je regardais avec un, avec une vision différente. C'était un statut heu, le médecin avait un statut pour moi et bon quand on parle, quand on, quand on vit avec quelqu'un on le vit pas du tout de la même façon.

MC : D'accord, j'ai bien compris du coup. Au départ du coup heu, dans votre idée, quelle était votre idée du médecin, à l'époque quand vous avez ce médecin-là ? C'était quoi cette vision différente ? Expliquez-moi ?

JB : C'est quelqu'un qui était d'avantage inaccessible (MC : acquiescement) voilà. Dans ce sens-là que je veux... Quelqu'un qu'on connaît forcément moi bien, que l'on va voir que lorsqu'on est malade donc que l'on connaît pas bien. Voilà.

MC : Donc pour vous ce qu'est, qui est important c'est la connaissance du patient ?

JB : Oui je pense qu'il y a une relation de confiance qui se, qui se bâtit au fur et à mesure oui. Et quand on va consulter rarement le médecin heu, c'est difficile. C'est pas forcément nécessaire non plus lorsqu'on a un petit bobo (MC : acquiescement), voilà.

MC : Et vous parlez de confiance heu, quel est les raisons de cette confiance du coup ?

JB : Quelles sont les raisons de la confiance, je, je ne sais pas heu... C'est la confiance qui a dans un couple, c'est, là je pense qu'on sort complètement du, du problème du médecin ça serait ouais, c'est...

MC : Ça serait plutôt la confiance au couple, à votre femme plutôt qu'au médecin...

JB : Oui, plus qu'au médecin ouais, ouais.

MC : D'accord, ce que je comprends.

JB : Oui, oui. Oui.

MC : Ok. Pour vous quelle disponibilité doit avoir un médecin généraliste pour ses patients ?

JB : Quand on parle de médecin généraliste heu, je ne parle pas de ma femme ?

MC : En règle générale ?

JB : En règle générale ?

MC : Ouais.

JB : Quelle disponibilité doit avoir ? (Pause) bonne disponibilité (pause). Voilà (rires). Je ne vais pas dire 24/24, c'est pas possible mais une bonne disponibilité, avec une, une attente particulière pour les gens qui sont plus nécessaires que d'autres, voilà. Comme c'est souvent le cas aussi.

MC : Très bien. Quelles pathologies sont selon vous ou ne sont pas du domaine de la médecine générale ?

JB : (Longue pause) je suis pas très, très compétent dans ce domaine. Donc...

MC : C'est votre avis. C'est votre avis en fait. C'est pas une question piège...

JB : Non, non, non, mais qu'est-ce qui n'est pas du (longue pause).

MC : Pour vous tout, tout peut être de la, tout passe par le médecin généraliste, tout est de la médecine générale au début voilà, c'est un peu l'idée de la, l'idée de la question ou pas forcément ?

JB : Non il y a, il y a, il y a certaines, il y a certaines, certains... enfin je sais pas. Certaines pathologies comme les gens qui ont heu, sont un peu, qui ont des problèmes psychiatriques heu qui voilà, que je, que je distingue, que je mets à part.

MC : D'accord. Et, et...

JB : Je pense à ça, je sais pas pourquoi.

MC : Ouais, ouais. D'accord, pour vous c'est un peu à part. Donc à part les maladies physiques voilà, physiques pures quels autres problématiques

du coup, peuvent être, peuvent être du champ de la médecine générale ? Donc la psychiatrie pas trop ?

JB : Enfin je, je, je dis pas que. Ouais je le vois un peu à part. Heu, quels autres ? (Pause) Je ne sais pas trop ce que, ce que rencontre un médecin généraliste moi.

MC : D'accord.

JB : Donc heu je peux pas répondre.

MC : Ben si vous savez pas, vous savez pas. Pas de soucis. Quelles sont les choses dont vous ne parleriez pas à votre médecin traitant ? Vous ?

JB : À ma femme ou à mon médecin... autre ?

MC : En général ?

JB : En général. Les choses dont je ne parlerais pas ? (MC : acquiescement). (Pause) je sais pas, j'ai pas de, j'ai rien en tête comme ça qui...

MC : Et à votre femme alors ? En tant que médecin.

JB : Encore moins.

MC : Encore moins.

JB : Encore moins mais non j'ai pas de (pause), non j'ai pas de, j'ai pas, là j'ai pas de réponse comme ça.

MC : D'accord. Pouvez-vous me parler des raisons qui vous ont conduit à choisir du coup votre femme, en tant que médecin traitant ?

JB : (Sourire) la facilité. Hein, tout simplement la facilité, je crois que la question s'est même pas posée. Heu voilà. Pas besoin d'aller consulter. Moi j'y vais jamais, enfin j'ai jamais besoin non plus. La facilité oui, avant tout.

MC : D'accord.

JB : Je ne me suis pas posé la question, voilà.

MC : Et vous lui avez posé ?

JB : Non, je crois que c'était quelque chose d'évident pour elle et pour moi. Je crois qu'on s'est pas, voilà, je ne suis même pas sûr qu'on en est pas parlé, voilà.

MC : Une évidence ?

JB : Oui une évidence ouais. Oui une évidence.

MC : Très bien, du coup il y a une question qui recoupe un peu, pouvez-vous me parler de la réaction de votre médecin quand vous lui avez demandé de le prendre en charge ?

JB : Non, il y a pas...

MC : Vous savez pas ?

JB : Non il y a pas de réaction...

MC : Il n'y a pas eu de vraies demandes comme... enfin

JB : Non, non, pas du tout.

MC : Ça s'est passé comment ?

JB : On parle de l'époque où il a fallu désigner le médecin traitant pour, pour chacun des, ouais. Nonn parce qu'elle me soignait déjà avant donc heu...

MC : Et justement à partir de quand elle vous a soigné du coup ? Heu...

JB : À partir du moment où on s'est connu.

MC : Elle était déjà ?

JB : Ouais, ouais, ouais. Elle était médecin, ouais, ouais. Enfin pas installée mais...

MC : Et dès le début du coup ça s'est fait naturellement ou...

JB : Naturellement ouais, ouais, ouais, ouais. Oui.

MC : Heu (pause). Du coup vous parlez de facilité, vous parlez aussi peut être dans les, non pas dans les avantages mais dans les, dans les raisons de disponibilité heu. Quelle était votre idée de la disponibilité du coup d'un proche en tant que médecin traitant par rapport à un médecin que vous ne connaissiez pas ? Ça fait partie de la facilité qu'elle soit disponible heu tout le temps ?

JB : Ouais non mais c'est pas ça qui, qui a orienté mon choix.

MC : Ouais.

JB : Je pense pas. C'est que je me voyais mal, enfin, je me vois mal aujourd'hui vivre avec quelqu'un qui est médecin et puis aller en voir un autre. Et puis garder mes problèmes pour moi et aller voir un autre médecin, non je l'imagine pas.

MC : Ca c'est pas concevable pour vous ?

JB : Pour moi non mais bon c'est un cas particulier.

MC : Non mais c'est heu, c'est la somme de cas particulier...

JB : Voilà tout simplement.

MC : D'accord.

JB : Après heu, j'ai jamais eu heureusement, de problèmes de santé important quoi.

MC : Pas de pathologies chroniques ?

JB : Non, non. Donc heu voilà, est-ce que je réagis comme ça dans d'autres cas je sais pas. Non, je pense pas, je pense que je resterais comme ça, ouais.

MC : Ouais. Du coup non, vous avez jamais du coup consulté d'autres médecins sans en référer à votre médecin traitant qui est votre femme ?

JB : Non jamais. Non.

MC : Et justement en, en cherchant un petit peu comme vous l'avez fait...

JB : Oui.

MC : Est-ce qu'il y aurait des situations part...

JB : ... Particulières où je préférerais voir avec un autre médecin ? C'est ça ? Non, non, non, non je pense pas non.

MC : Vous ne voyez pas ?

JB : Non, non, non, non.

MC : Ok.

JB : Il m'est arrivé d'avoir des petits, des petits soucis, heu, au niveau de l'audition mais bon heu, rien de bien méchant mais heu, donc elle m'a envoyé voir un spécialiste mais elle restait dans la boucle quoi. Non, non il y a pas de...

MC : Oui, c'est elle qui faisait.

JB : Oui, oui, oui, enfin voilà. Donc elle avait envie d'avoir un autre avis mais elle restait dans la boucle. Et j'avais pas envie de, de, heu, qu'elle soit écartée non plus. Mais bon c'était rien de méchant.

MC : Oui, oui.

JB : Je sais pas si on réagit toujours comme ça, enfin je sais pas. Je pense pas. Je pense pas que je changerais.

MC : Oui, oui. Vous ne voyez pas de situations à l'heure actuelle qui pourraient...

JB : Non, non

MC : J'ai bien compris. Heu, en étant un peu la dessus, que pensez-vous de la notion de devoir heu de soigner ses proches pour un médecin généraliste ?

JB : (pause) est-ce que c'est un devoir ?

MC : Ouais.

JB : Ouais, c'est certainement un devoir mais c'est une difficulté pour moi je pense. Pour le médecin.

MC : Oui, expliquez-moi.

JB : Quand tout va bien, quand on soigne le petit rhume, c'est pas un problème, après heu, quand on soigne quelqu'un qui heu, qui a un gros problème de santé très très très sérieux ça devient une difficulté parce qu'il y a heu je pense qu'elle ne regarde pas ses proches comme elle regarde des patients normaux. Elle peut pas avoir non plus une objectivité non plus, voilà (MC : acquiescement). (Pause) donc je, voilà, c'est un devoir, elle a pas le choix, pour elle, je pense mais ça peut être un souci. Ça peut être quelque chose de, de lourd quoi.

MC : (Pause) C'est déjà arrivé ça ?

JB : Pour ma femme ?

MC : Oui, elle vous en aurez parlé peut-être ?

JB : Non, mais j'ai une cousine qui est médecin et qui, qui a suivi son père jusqu'à, qui avait un cancer, jusqu'à la fin et je sais que ça était difficile. Ça était très difficile.

MC : D'accord.

JB : Je pense que ça aurait été mieux que ce soit quelqu'un d'autre. Enfin, je sais pas, voilà.

MC : D'accord.

JB : Je, je me mets du côté du médecin, je pense que, que, que c'est dur. Pour le patient c'est bien.

MC : Vous, si vous avez un truc grave (JB : acquiescement), votre avis si j'ai bien compris, ça serait mieux que ce soit quelqu'un de proche voilà, qu'elle reste heu votre médecin dans cette situation-là quand il y a...

JB : Oui mais je pense qu'il faudrait quand même qu'elle, qu'elle ne soit pas seule à gérer le, c'est plus compliqué pour elle quand c'est quelqu'un de proche (MC : acquiescement). Voilà, je pense à moi ou à mes enfants c'est pareil.

MC : Bien sûr oui, elle soigne ses enfants ?

JB : Oui, oui.

MC : Ok. Heu, alors, donc par rapport aux raisons qui vous ont poussés à choisir heu votre femme comme médecin traitant heu, donc on a vu surtout au départ la facilité, quels ont été les avantages et les inconvénients de ce choix ?

JB : Les inconvénients j'en vois pas beaucoup. Même j'en vois pas du tout (MC : acquiescement). Heu les avantages heu (soupir, pause), je sais pas j'en vois pas non plus. Si, si ce n'est que je peux être soigné le dimanche après-midi mais, sinon non, je ne trouve pas d'avantages.

MC : Oui, l'avantage c'est la disponibilité du coup totale pour vous...

JB : Oui, oui

MC : ... puisqu'elle est tout le temps avec vous.

JB : Oui, oui. Enfin si heu, c'est pas un inconvénient mais je pense que heu (pause), je suis pas reçu non plus comme un autre patient. Si j'ai un petit bobo qui nécessite pas grand-chose on va me le dire franchement quoi, ce que je pense elle dira de la même façon à un autre patient. Ce qui est bien, voilà.

MC : D'accord. C'est pas un inconvénient pour vous ça ?

JB : Ah non c'est pas un inconvénient au contraire.

MC : D'accord.

JB : Mais voilà, les choses sont plus franches. Heu si t'as rien t'as rien quoi. Ou ça va passer, pas besoin de traitement, voilà. Avec quelqu'un, dans un cabinet, j'imagine pas qu'on puisse parler aussi facilement. Alors c'est un inconvénient et c'est un avantage. Voilà.

MC : D'accord.

JB : C'est les deux.

MC : Ok, ok. (Longue pause). Les inconvénients on a vu aussi, un peu pour vous ça serait peut-être, vous l'avez dit tout à l'heure, le fait que pour elle ça serait un peu plus dur dans des situations particulières ?

JB : Oui, ça je pense.

MC : Voilà c'est surtout ça.

JB : Oui, je pense oui.

MC : Après niveau avantage on a vu la facilité, au niveau, pouvez-vous me parler de tout ce qui touche à l'intime lors d'une consultation avec votre médecin ?

JB : (Pause) je sais pas trop quoi vous dire.

MC : C'est-à-dire heu que ça soit, c'est peut-être pas déjà arrivé non plus, l'intime corporel sur un problème particulier.

JB : Non, c'est pas arrivé.

MC : Si ça arrivait il n'y aurait pas non plus de...

JB : Ça veut dire que, ouais, si ça arrivait ça serait plus difficile qu'avec un médecin autre ?

MC : La question, oui c'est, oui un peu.

JB : Ouais, non, heu, peut-être oui, peut-être.

MC : C'est pas arrivé...

JB : Non c'est pas arrivé non.

MC : D'accord. Et si ça arrivait, c'est-à-dire heu, voilà quelque chose d'assez intime d'assez gênant (JB : acquiescement), ça se ferait quand même avec elle facilement ou il y aurait peut-être... Est-ce que vous voyez une situation qui pourrait être un peu gênante ou pas du tout ? C'est pas obligé de poser problème.

JB : Moi je ne pense pas que ça me poserait problème mais peut-être qu'elle, elle me dirait je préfère que t'aille voir quelqu'un d'autre. je sais pas ouais.

MC : Ok. Et au niveau de l'intime maintenant psychologique, si il arrivait quelque chose au niveau, là pareil ? Ça vous poserait problème ?

JB : À moi ?

MC : Ouais.

JB : Ouais, à moi oui peut-être. Moi je me dirais que ouais, qu'il faudrait peut-être que heu, je, que je, que je, que lui épargne heu, ouais. Peut-être que moi je me poserais la question ouais, si ça arrivait.

MC : Lui épargnait de vous confier sur des trucs voilà, un peu...

JB : Oui, oui voilà.

MC : Et par contre, tout en la maintenant au courant vous allez voir quelqu'un d'autre...

JB : Oui, oui. Si, si, si, si. Mais en essayant de la soulager un peu. Parce que je pense qu'il y a un côté affectif heu, qui est difficile à supporter (pause).

MC : Oui tout à fait.

JB : Voilà.

MC : Ok. Heu (longue pause) en quoi le fait d'avoir choisi du coup votre femme comme médecin traitant a-t-il modifié vos relations personnelles antérieures ?

JB : Ca ne les a pas modifiées.

MC : D'accord.

JB : Non ça ne les a pas modifiées parce que heu, non ça était une formalité ça, c'est tout. C'était déjà le cas avant puisque j'avais pas consulté d'autres médecins, j'ai jamais eu grand-chose mais bon.

MC : Ca était de suite.

JB : Oui, oui. Très très vite.

MC : Vu que les relations se sont fait de suite il n'y avait pas de relations antérieures à ce rapport-là vu que vous avez de suite...

JB : Non, non.

MC : Vous, vous vous êtes connu sans indiscrétion à quel âge ?

JB : Ou, à quel âge heu... Je réfléchis (rires) : 25 ans.

MC : D'accord. Et avant vous avez pas eu de problèmes de santé dans la jeunesse

JB : Non, non.

MC : Donc ça quasiment était votre seul médecin ?

JB : Oui.

MC : Ok. Du coup, dans la vie quotidienne comment faites-vous la part de ce qui est familial et ce qui est médical ? Est-ce qu'il y a une barrière, une frontière un peu dans la vie de tous les jours ou pas ?

JB : C'est-à-dire ?

MC : C'est-à-dire est ce que tout, tout s'imbrique quand il y a besoin, il y a besoin c'est maintenant, quand on en parle du médical c'est maintenant...

JB : De mes problèmes à moi ou...

MC : Oui bien sûr. Oui des vôtres.

JB : Des miens ?

MC : Oui. Ou est-ce que il y a des limites, est-ce qu'il y a des cadres, est-ce qu'elle vous reçoit dans un cadre strict ou ça se fait...

JB : Non on va pas au cabinet non.

MC : Il y en a qui le font.

JB : Oui, oui, non, non, mais là c'est pas le cas. Non, non, non mais, je pense que, qu'on a pas la relation patient médecin quoi. Heu, enfin je vais vous raconter comment elle fait avec ses enfants : c'est comme une mère avec ses enfants quoi, c'est plus le médecin. Bon elle a la compétence du médecin en plus mais (MC : acquiescement), mais elle réagit pas comme un médecin quoi, elle réagit comme une mère. Et avec moi elle réagit comme ma femme donc heu, effectivement ce n'est pas dans un cadre particulier.

MC : Cette relation...

JB : Ce qu'elle va faire davantage lorsqu'elle va soigner un voisin, donc elle part avec sa sacoche et, et, déjà le voisin qui la tutoie habituellement quand elle arrive avec la sacoche il la vouvoie donc on voit heu, là heu. Mais non, on a pas, on a pas du tout, on ne change pas du tout de, de, de, comment on dit, de, d'attitude, de comportement.

MC : Ça vous dérange pas ça ?

JB : Non.

MC : Le fait qui est une distance avec un médecin, que vous ne connaissez pas... Vous êtes plus à l'aise comme ça, comme c'est maintenant ?

JB : (Pause), ouais, je, je me suis jamais posé la question, ouais.

MC : Pas de problème. Alors, question un peu piège entre guillemet...

JB : Ah.

MC : ... c'est pas vrai. Quelle est la relation d'argent qui sous-tend votre relation médecin-patient ?

JB : Il n'y a pas de relation d'argent.

MC : J'imagine bien oui. Mais comme c'est fait aussi pour les amis et la famille...

JB : Non mais c'est un souci ça pour les, pour les, les voisins, les amis.

MC : C'est-à-dire c'est un souci ?

JB : Et bein naturellement comme elle connaît, elle fait pas payer et certains n'acceptent pas. Il y un problème de, voilà. C'est plus facile quand on va voir un médecin, la question se pose pas

MC : Généralement elle refuse et du coup certains patients, enfin certaines connaissances préfèrent quand même payer...

JB : Oui voilà.

MC : Il y a du conflit ?

JB : Oui. Bon pas dans la famille mais ça peut arriver avec des voisins oui.

MC : Heu, pouvez-vous me parler de la rédaction de certificats médicaux, d'arrêts de travail avec votre médecin ?

JB : Oui, arrêt de travail j'ai dû en avoir deux dans ma vie (MC : acquiescement), qu'elle m'a rédigé, effectivement. (pause) ça s'est rédigé sur un coin de table, très vite (MC : acquiescement).

MC : Sans problème particulier ?

JB : Ouais.

MC : Elle vous a pas rallongé la date (sourire)...

JB : Non, non, non. Au contraire (rires). Non, non, là c'est que je pouvais vraiment pas y aller, j'étais scotché au lit et (rires), avec de la fièvre et tout. Non, non, c'est rare, très rare, ça doit faire 25 ans que je travaille et je crois que je m'étais arrêté deux fois, voilà.

MC : Très bien. Très bien (longue pause). Dernière question du coup (JB : acquiescement) : comment pensez-vous que votre médecin traitant, on en a parlé un peu tout à l'heure, voit le fait de soigner un proche ? Elle, comment elle voit...

JB : Comment elle le voit ou comment elle le vit ?

MC : Ouais, comme elle le voit, le ressent, ouais un peu tout. Est-ce que vous en avez parlé ? Vous imaginez son avis, à elle ?

JB : Je pense que de toute façon elle se dit qu'elle a pas le choix (MC : acquiescement). Pour moi elle a pas le choix, elle se pose même pas la question, enfin pour elle c'est naturel. Heu, voilà, c'est naturel. Heu, et après heu, je pense que enfin je sais pas la, la, le, je pense que la fonction médecin passe après le reste et je, je, ouais, je pense qu'elle est moins objective avec sa famille qu'avec les autres et, elle le, elle le vit plus difficilement mais heu, si c'était sérieux mais c'est jamais arrivé, ça va. Elle est moins, moins, moins objective je pense.

MC : D'accord.

JB : Elle serait moins objective parce que voilà.

MC : Ok.

JB : Mais elle ne se pose pas la question, je pense que c'est naturel pour elle, de soigner ses enfants, son mari.

MC : Ok.

JB : Je sais si j'ai répondu à la question.

MC : Parfaitement. Vous avez répondu quasiment à tout, sans problème. Juste des petites données sociodémographiques pour l'étude :

Lien avec le médecin : compagnon (PACS) du médecin traitant.

Homme, 49 ans.

Agent de maîtrise, Bac +2, DUT.

Pathologies chroniques ou graves : non

7.6.2 Verbatim de l'entretien N°10

MC : Pouvez-vous me parler d'une manière générale du rôle et de la place que vous donnez au médecin généraliste dans la prise en charge de votre santé ?

CP : Heu, moi je trouve qu'au niveau de mon médecin généraliste je suis censé lui faire confiance heu, je pense que c'est un rôle assez important dans le sens où heu, enfin, si on se, il y a quelque chose qui ne va pas on, on se repose sur lui en fait pour savoir ou, ou, comment on est (MC : acquiescement), et tout ça donc heu... Donc heu, quelqu'un en qui je fais entièrement confiance.

MC : D'accord.

CP : Voilà.

MC : D'accord. Et vous parlez de prise en charge de votre santé, c'est, d'une manière générale, qu'est-ce qui est selon vous du domaine du médecin généraliste et qu'est-ce qui ne l'est pas ?

CP : (Tousotement) heu, (soupir) heu, Ben pff non je pense que il doit pouvoir nous conseiller un peu sur ce qu'on est censé faire ou ce qu'on, enfin nous orienter sur heu, sur différentes choses. Enfin, oui. Moi je me dis que je me repose sur lui, enfin. Je, je, je lui fais confiance en fait, voilà. Je lui fais confiance sur heu, heu, sur heu, ce qui me dit, sur ce qui me donne comme traitement, que je ne devrais pas toujours ? (sourire), je ne sais pas. Mais voilà, je trouve que c'est important d'avoir un médecin. Je me demande d'ailleurs maintenant, après coup, si c'est, si c'est vraiment bien d'avoir qu'un seul médecin en fait. Je... (MC : acquiescement) parce que j'ai l'impression qu'à force heu, de voir la même personne et ben il nous voit plus en fait. Je suis convaincu même qu'il nous voit plus (sourire). Donc heu, pour preuve une fois, mon médecin m'a suivi enfin, me suis heu, j'ai fait heu, heu une séance de désensibilisation enfin, des séances de désensibilisation pendant 6 ans (MC : acquiescement). Et au bout de 4 ans et demi, il me dit : « ah mais t'es asthmatique ? » (rires). Je trouve ça hyper grave en fait, je me dis qu'on nous voit plus. Ou un autre Docteur que j'ai, mon gynécologue me dit un jour : « oh mais qu'est-ce que c'est que cette cicatrice ? », « heu, c'est vous qui m'avait opéré (sourire gêné), il y a 3 ans ». Donc je trouve que c'est dur, ils ont tellement de patients en fait les médecins que j'ai l'impression qu'ils nous voient plus. Ou alors qu'ils s'habituent trop à nous. Ou nous on s'habitue trop à eux, on se repose trop sur eux, je sais pas, j'ai l'impression que... Des fois, c'est pour ça que par rapport au médecin quand on m'a proposé ça je me suis dit qu'effectivement, moi mon médecin, premier truc qu'il me dit en arrivant c'est : « alors tu as fait du ski ce week-end ? » (rires). Bon, ben alors, je suis pas trop là pour cela, tout de suite, mais heu... Alors je réponds et puis 3 coups de téléphone plus tard heu, pendant, pendant heu, mon auscultation ou pas, heu,

toutes mes questions sont parties et puis du coup je ressors et je me dis : « zut, j'ai oublié de poser la moitié des », des fois je me fais des listes avant d'aller chez le médecin, c'est grave quand même ? (MC : acquiescement). En me disant, si tu lui poses pas toutes les questions en fait, il va te, il va pas t'y répondre en fait, et ouais, donc heu. Non je trouve que, on est censé faire confiance et c'est pour ça que je me dis les médecins conseils c'est bien et en même temps c'est pas bien.

MC : Les médecins conseils ?

CP : Les médecins, enfin les médecins, les médecins que l'on, c'est comme ça qu'on appelle, un médecin conseil quand on dit heu, quand on marque sur heu, que ce médecin est notre médecin en fait.

MC : Ah oui, le médecin traitant déclaré ?

CP : Traitant, déclaré. C'est pas médecin conseil qu'on dit ?

MC : Médecin traitant on dit

CP : Médecin traitant ?

MC : Oui, maintenant c'est la déclaration de, oui...

CP : Et je trouve que en fait ça n'a pas que du bon, parce que les gens s'habituent trop à nous. Mais alors nous, j'habite dans une petite ville (MC : acquiescement), A c'est pas très très grand. Donc tout le monde se connaît, tous les médecins se connaissent plus ou moins, moi je travaille juste en face de chez, de chez les médecins, donc forcément je les connais tous depuis des années. Et des fois je me dis (sourire) : « il va peut-être falloir que j'aille ailleurs un jour », c'est pour cela que j'ai été rencontré ce Monsieur, voilà.

MC : D'accord. Et votre, votre médecin c'est un ami proche ?

CP : Heu, oui. Il fait, on fait partie du même cercle d'ami quoi, en fait. Donc heu, on fait du ski ensemble (rires), voilà (MC : acquiescement). C'est pour ça qu'à chaque fois il me pose des questions sur heu, sur ce qui est à l'extérieur. Ce qui est bien, mais pas quand on est en consultation, enfin quand on est en consultation c'est une consultation quoi.

MC : D'accord. Donc heu, il manque un peu de, de distinction de rôle vous trouvez ?

CP : Hum, des fois.

MC : D'accord. Et, vous le connaissiez avant qu'il soit votre médecin ?

CP : Heu, plus ou moins. Mais quand même plus une fois qu'on est, enfin que j'étais avec lui, on a, on a fait des repas, je savais qu'il était déjà médecin en fait, mais il commençait à peine sa carrière en fait.

MC : D'accord.

CP : Voilà.

MC : Donc vous avez appris à la fois à le connaître...

CP : Voilà.

MC : ... à être ami et à la fois vous avez, vous avez déclaré de suite que c'était lui votre, votre médecin, c'est votre premier médecin traitant ?

CP : Non, au tout début non, c'était son collègue qui malheureusement est décédé...

MC : D'accord.

CP : ... et après du coup je suis parti avec lui.

MC : D'accord. C'est lui qui a pris la suite.

CP : Voilà.

MC : Ok, ok. Heu, alors toujours, on va rester d'abord d'une manière générale, qu'est-ce qu'on a pas traité, heu (pause) : quelles sont les choses dont vous ne parlerez pas à votre médecin traitant ?

CP : Et ben (sourire), justement des choses trop intimes (rires), c'est pour ça que j'avais été voir le docteur heu, par rapport au fait que j'avais un problème heu, un problème (MC : acquiescement) et que je voulais pas qu'il m'ausculte en fait à cet endroit-là (rires gênés).

MC : D'accord.

CP : Donc j'étais, je ne me sentais pas à l'aise du tout.

MC : D'accord. Mais ça du, parce que c'était lui ?

CP : Parce que c'était lui, oui.

MC : D'une manière générale, au médecin traitant heu, quelles sont les choses dont vous ne parlerez pas ? Les domaines...

CP : Non après, non le reste ça m'est égal. Quelqu'un que je ne connais pas ça me gêne moins en fait.

MC : Là, c'était parce que c'était lui.

CP : Oui.

MC : Et, et du coup vous avez consulté un autre médecin généraliste ...

CP : Oui.

MC : ... sans lui en référer ?

CP : À mon docteur, à médecin traitant ?

MC : Oui.

CP : Non. Non, mais de toute façon je suis pas sûr que, qu'il aurait... « Oh, oh ben, oui tu as raison ». Il serait pas posé de questions plus que ça.

MC : D'accord.

CP : Donc heu, j'étais sur O heu, j'ai eu besoin d'aller voir un docteur, mais non lui, je suis pas sûr que, je lui en avais déjà parlé il y a quelques années et en fait : « oh, c'est pas grave ».

MC : D'accord. Donc c'est le côté intime qui vous a poussé ...

CP : Oui.

MC : ... à choisir quelqu'un d'autre ?

CP : Oui, oui parce que je savais que au moins ça serait un peu plus poussé au niveau de heu, de ce que je enfin, de la démarche et du traitement que l'on pouvait me donner ou pas.

MC : Et c'est intime corporel ? Pas intime psychologique ?

CP : Corporel, corporel (rires).

MC : Comme il peut avoir les deux.

CP : Oui, oui.

MC : Ok. Et, il y a eu d'autres occasions qui vous ont poussées à aller, à vous orienter vers un autre médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste sans lui en référer ?

CP : Heu (soupir), oui, mais c'est toujours par rapport, heu moi j'ai une, une maladie, l'endométriose en fait (MC : acquiescement), mais alors lui il s'en fout mais alors royalement mon docteur, je lui dis que, des fois que j'ai super mal, que ceci, que cela, mais ça... Alors voilà il m'est arrivé de consulter sans forcément lui dire, ou simplement en parlant à mon gynécologue, qui je pense d'ailleurs lui aussi (rires)... J'ai l'impression que c'est un truc heu, des fois je me dis qu'on n'est pas écouté en fait, donc heu... L'avantage que j'ai dans le cabinet où il y a mon médecin, c'est qu'ils sont 5 associés. S'il est pas là, ou des fois je peux m'arranger à prendre rendez-vous un autre jour pour tomber sur un de ses collègues, avoir l'impression que : « bon ça y est, on va peut-être me donner un truc qui, qui soulage la douleur quoi en fait ». Après je suis pas, je vais pas souvent chez le médecin. En règle générale, j'y vais 3-4 fois dans l'année, sauf pendant la désensibilisation où là j'y allais tout le temps. Mais heu, oui je sais, je, oui, je sais pas trop quoi vous répondre là-dessus, je me dis que heu, à un moment donné, j'ose moins en parler quand on connaît trop bien les gens heu, c'est pas qui nous écoute, si je pense qu'il nous écoute moins.

MC : D'accord. Que ça soit du coup un médecin qu'on connaît, déjà de base, ou, ou à force de consulter le même médecin ? Ce que je comprends.

CP : Oui exactement. Oui, tout à fait. Mais quand même plus en connaît les gens.

MC : Ça se fait plus rapidement ?

CP : Voilà, oui, oui.

MC : Ok. Heu (pause), pour vous quelle disponibilité doit avoir un médecin généraliste pour ses patients ?

CP : heu (rires)...

MC : Ça toujours d'une manière générale ? Après on verra...

CP : Oui, heu, heu (soupir), je pense qu'on doit pouvoir avoir un rendez-vous dans les 2-3 jours, suivant, suivant le souci que l'on peut avoir (MC : acquiescement). 2-3 jours je trouve que c'est correct. Après, à moins que ce soit une urgence, heu, pour moi en tout cas, quand c'est une urgence, c'est pas pour moi c'est pour mon fils, j'arrive au cabinet médical à 7h30, je m'assoies (rires) et j'attends que quelqu'un soit disponible. En règle générale, il y a toujours quelqu'un qui se libère si c'est urgent, après voilà c'est quand on a passé la nuit à plus de 40 et que le médecin conseil nous a dit que il y avait rien d'autre à faire que d'attendre le matin.

MC : Ok. Alors, maintenant pouvez-vous me parler des raisons qui vous ont conduits à choisir votre médecin, qui est un de vos proches du coup, comme médecin traitant ?

CP : Ben, parce que son collègue est, est décédé en fait (MC : acquiescement). Tout simplement. Donc heu, du coup comme ils étaient dans le même cabinet, je me suis dit que c'était aussi simple d'aller voir quelqu'un que je connaissais.

MC : D'accord. Simple sur quel plan ?

CP : Ben qu'ils étaient, c'est, pff, c'était pratique en fait, côté pratique, après je me suis pas dit au début ...

MC : Pratique dans le suivi pour eux ?

CP : Oui, voilà dans le suivi pour eux, au niveau informatique, voilà les dossiers étaient, étaient au même endroit heu, voilà tout simplement.

MC : D'accord. Et du coup quelle était votre idée de la disponibilité d'un, d'un proche en tant que médecin par rapport à un autre médecin ?

CP : (Rires) immédiate, la disponibilité, c'était censé être immédiat. Mais bon, je, (rires), je sais que c'est pas forcément le cas. Mais c'est vrai que des fois si j'avais envie de l'appeler pour lui poser une question, enfin je me disais qu'il fallait qu'il se rende disponible, il l'est pas, il l'est pas (rires), mais c'est normal hein heu ...

MC : Oui, oui c'était l'idée, c'était la question.

CP : Voilà c'était l'idée. Oui, oui, c'était ça.

MC : Heu, ok. Et sa disponibilité aussi de voir heu, de l'avoir en dehors des horaires habituels ?

CP : Non, ça par contre je demande pas ça.

MC : Ok.

CP : Non, non.

MC : Heu, pour quelles raisons pensez-vous faire plus confiance en un proche en tant que médecin qu'à un médecin que vous ne connaissez pas ?

CP : Ben au départ je me disais que, un proche était censé faire plus attention (MC : acquiescement), on est censé être mieux encadré, mieux dirigé et vraiment pas cacher la vérité en fait. Je ne dis pas que le mien cache ou cache pas mais je me disais que au moins on était heu, mieux pris en main. Oui.

MC : D'accord. Et, au niveau du coup, la, la connaissance au proche, heu, vous avez confiance en lui au départ, parce que vous le connaissez ?

CP : Oui.

MC : En tant que proche ou en tant que médecin ?

CP : En tant que heu, les deux.

MC : Les deux ?

CP : Oui

MC : En tant que qualité de médecine aussi ?

CP : Qualité de, oui tout à fait, je, je me disais que lui il écoutait bien, que on avait, voilà une bonne prise en charge en fait, une bonne prise en charge.

MC : D'accord, c'est le ressenti que vous aviez ?

CP : Oui.

MC : Ok. Comment envisagiez-vous le rapport financier avec un, un médecin que vous connaissiez ?

CP : Que je paye, que je paye mes consultations vous voulez dire ? (MC : acquiescement). Ben des fois il veut pas me faire payer mais moi je pars du principe où je cotise au RSI je ne vois pas pourquoi je ne paierais pas mes consultations donc heu, il lui arrive de ne pas me faire payer mais je veux tout le temps le payer. Donc, sur l'année c'est vrai qu'il y a quelques consultations qui me fait, qu'il me prend pas, quand il nous prend des fois à 2 il m'en fait pas payer une, quand il me prend en urgence il me fait pas payer. Ça me met mal à l'aise, je préfère payer moi. Je trouve que c'est normal, toute peine mérite salaire, donc c'est logique de... Bon, on cotise tous pour avoir, pour avoir des remboursements, et lui c'est son travail quoi, donc je trouve que c'est normal qui, qu'il ait son salaire.

MC : Ok, ok. Et comment envisagiez-vous le, la rédaction par un proche de documents administratifs ?

CP : (Pause) par rapport à une lettre pour m'envoyer chez un spécialiste ou ?

MC : Par exemple, cela fait partie ou, ou il y a aussi les, les certificats médicaux, les arrêts...

CP : (Sourire) heu, en règle générale bon, j'ai pas d'arrêts heu (rires), et, et sinon les certificats médicaux non mais depuis peu, je pense que comme j'ai passé 40 ans maintenant il m'ausculte réellement, il me... Pour heu, pour, ce que je trouve bien, pour, pour un certificat médical avant il le faisait pas, je me disais que il pouvait m'arriver n'importe quoi heu, il me prend

jamais ma tension en fait vous voyez ? Pour lui, je sais pas si c'est normal ou pas, donc maintenant il la prend, donc je me dis que ça y est j'ai franchi un cap, il faut qu'on contrôle où j'en suis (rires). Donc heu, après ça maintenant il le fait plus consciencieusement qu'il y a 2 ans en arrière, quand j'avais juste, pas encore passé 40 ans en fait et après non les arrêts de travail, non j'en ai pas. J'ai eu un accident grave où malheureusement il a fallu m'arrêter mais bon c'était, je ne pouvais pas faire autrement (MC : acquiescement). Sinon je suis indépendante aussi, à mon compte, j'ai pas d'arrêts de travail moi.

MC : Ok je comprends. Alors par rapport aux raisons qui vous ont poussées du coup à le choisir comme médecin traitant, quels ont été pour vous les avantages et les inconvénients de ce choix ?

CP : J'avoue que les avantages heu, ben quand je speede un peu pour me prendre un rendez-vous ben il y avait pas trop de problème, même maintenant. J'essaie de pas en abuser mais voilà. Heu, les avantages heu, ça revient toujours un petit peu au même, me dire que je lui fais confiance, qu'il a un bon diagnostic, que, au moins il prend son temps, au début (rires). Et puis voilà. Les inconvénients c'est que à force ça revient (MC : acquiescement), toujours au même, à force de le connaître il fait moins attention et du coup je me dis que, heu, pas qui se détache un peu des patients mais que on a l'impression que sa tête est, elle pense à tellement de choses en même temps que du coup elle pense plus au patient avec qui il est. Alors est-ce que c'est moi parce qu'il me connaît, ou est-ce que c'est tout le monde, je sais pas, je sais pas.

MC : Vous avez l'impression qu'il a plus de patients maintenant aussi ?

CP : Il vient de se mettre à mi-temps (rires).

MC : D'accord.

CP : Ça me fait rire. Il vient de se mettre à mi-temps parce qu'il avait trop de patients (MC : acquiescement). Et, parce qu'il en a ras-le-bol, il en a ras-le-bol, c'est vrai que de commencer à 7h30-8h le matin et de finir à 20 h... Mais bon, nous, patients quand on vient le voir on se dit pas : « ben tiens il a trop de boulot, il peut pas s'occuper de nous » (MC : acquiescement). J'avoue que je préfère être celle de 8 h qu'être celle de 20 h parce que (pause), voilà.

MC : D'accord.

CP : Donc je pense que c'est la surcharge de travail qu'il fait qu'à un moment donné il soit moins attentif à nous en fait. Ben en tout cas lui.

MC : Et vous avez ressenti aussi que, c'est peut être aussi le fait de vous connaître qu'il est peut-être plus, enfin...

CP : Les deux.

MC : Les deux ?

CP : Les deux

MC : Ok. Heu, pouvez-vous me parler de la confidentialité de vos propos que vous laissez à votre médecin traitant que vous connaissez, et quand il est après dans son cercle, dans vos cercles d'amis commun quoi ?

CP : Non, alors là, il y a pas de problèmes. Enfin, on a jamais évoqué heu, au cours de repas ou autre, des choses propres à une consultation. Non, non, pas, jamais.

MC : D'accord.

CP : Jamais.

MC : Donc vous vous confiez facilement ?

CP : Oui, oui, oui.

MC : Ok. Donc tout à l'heure on a vu l'intime corporel et au niveau de l'intime psychologique par exemple, comment ça se passe lors d'une consultation si vous avez besoin de vous confier ?

CP : J'ai pas forcément besoin de me confier (rires). Non, la question s'est jamais vraiment posée, donc heu...

MC : Ok, donc on peut pas savoir comment...

CP : Non, non.

MC : Et justement si vous avez à vous confier sur un souci plutôt, plutôt oui, psychologique ou social, voilà est-ce que vous vous confierez facilement ou...

CP : Oui, je pense. Oui, je pense, oui, ça me perturbe pas. Mais heu, mais je réfléchis : non, non, j'ai jamais eu ce, ce problème-là donc heu, mais ça me gênerait pas d'en, d'en parler.

MC : Il y a pas de problèmes. (Pause) en quoi le fait de l'avoir choisi comme médecin traitant a-t-il modifié vos relations antérieures ?

CP : Et ben, maintenant je suis un peu plus sur le, le recul. Alors comme, c'est peut-être aussi parce que comme j'ai l'impression qui, qui se détache un peu du coup heu, j'avoue que si on se croise heu, je suis pas un peu plus froide mais je heu, c'est pas les mêmes rapports en fait. Je, je, je me mets en retrait (MC : acquiescement) par rapport au fait que c'est mon médecin, alors que c'est bête, en tout cas au niveau du cabinet. Si après on se croise heu, heu, par rapport à la musique ou les choses comme ça, là il y a pas de soucis. Mais heu, mais c'est vrai qu'après je, je me sens un peu moins à l'aise en fait. Voilà.

MC : D'une manière générale quand même ?

CP : Oui, oui, oui. J'ai une autre amie qui est médecin elle qui me dit heu, qu'elle viendrait jamais à A pour heu, pour heu, elle veut pas tomber sur nous, parce qu'elle veut pas tomber sur des amis, elle veut pas annoncer des choses... Et tout compte fait je me dis

que c'est peut-être pas plus mal de ne pas connaître son médecin (pause).

MC : D'accord (pause). Le cadre de la consultation est bien définie comme heu, comment faites-vous la part de ce qui est amical et relation voilà, usuelle et la part de ce qui est médical avec votre médecin ?

CP : Ben, c'est là qu'il y a le problème en fait. C'est 15 mn, maintenant il est passé à 15 mn de consultations avant c'était 10 (MC : acquiescement). Heu, il peut me parler pendant 10 mn et qu'il y ai que 5 mn de consultation, je trouve ça un peu court.

MC : Toujours dans le cadre d'une consultation au cabinet ?

CP : Toujours dans le cadre d'une consultation au cabinet, oui, oui, tout à fait.

MC : D'accord. Mais là, même dans ce cadre-là, le, le privé empiète...

CP : Le privé oui, toujours, oui. Mais c'est plutôt de sa part que de la mienne en fait.

MC : Oui, oui, j'ai compris.

CP : Voilà.

MC : Vous aimeriez que...

CP : (Rires) Je suis, je suis désolé... C'est vous qui allez être, enfin qui êtes médecin mais, je sais pas mais...

MC : Ah non mais, c'est le but de l'entretien, recueillir des avis de chacun ...

CP : C'est ça, oui, oui.

MC : ... et voir, voir ce qu'il en est sur cette situation, c'est pas ni juger ...

CP : Oui, oui tout à fait.

MC : ... c'est juste exploiter des données. Vous inquiétez pas (rires). Chacun à son avis. Heu, ok. Pouvez-vous me parler de sa réaction quand vous lui avez demandé de vous prendre en charge ?

CP : Ah non, il était super content. Il était super content. D'ailleurs, il envisage même pas que je puisse changer de médecin. Heu, non il était, il était content de, qu'on lui demande, et du coup tous les 3, enfin mon mari et le petit aussi sont avec lui en tant que médecin. Non, non, il est ravi pour ça.

MC : D'accord. Heu, il a l'habitude peut-être de prendre en charge sa famille ou ses amis ? Ça lui pose pas de problème ?

CP : Je pense que ça lui pose pas de problèmes non. Non, non, oui je pense que, alors c'est vrai que moi j'ai beaucoup d'amis qui y vont aussi et qui paye pas du tout jamais leurs consultations, je me dis quand même, enfin. « Oh, ben il me pose pas la question », « ben quand même enfin ». Enfin chacun fait comme il veut après (MC : acquiescement). Oui, je pense qu'il a quand même pas mal de, de famille, d'amis oui qui viennent, qui le consultent facilement oui, ouais.

MC : D'accord. Et (pause), du coup, là vous pensez si heu, est-ce que ça poserait problème si vous changez de médecin traitant, vous pensez ?

CP : Ben j'ose pas.

MC : Oui.

CP : Ben j'ose pas.

MC : Parce que ?

CP : Parce que j'ai peur qui se vexe. J'ai peur qui se vexe. Donc comme maintenant il est plus qu'à mi-temps et qu'il est quasiment plus là, c'est facile de tomber sur un de ses collègues en fait. Donc heu, mais je lui fais, enfin je fais vraiment énormément confiance en mon médecin mais c'est vrai que des fois je me dis, bof... Mais j'oserais pas quand même changer (MC : acquiescement). J'oserais pas. La question m'a déjà effleuré l'esprit plusieurs fois et je me disais : pff, non tu as la possibilité dans ce cabinet de, de partir heu, voir quelqu'un d'autre si jamais c'est vraiment ou urgent ou... Je peux pas dire si son avis ne me plaît pas, son avis quand il me le donne je l'écoute (MC : acquiescement) quand même (sourire) et... Mais non, j'oserais pas changer quand même.

MC : D'accord. Parfait, je crois qu'on a tout. Des données sociodémographiques pour l'étude :

Lien avec le médecin : ami proche du médecin traitant.

Femme, 42 ans, mariée, 1 enfant.

Coiffeuse indépendante, Brevet de Maîtrise.

Pathologies chroniques ou graves : oui.

7.6.3 Verbatim de l'entretien N°12

MC : Pouvez-vous me parler d'une manière générale du rôle et de la place que vous donnez au médecin généraliste dans la prise en charge de votre santé ?

CL : Heu, comment ça par (pause).

MC : Son rôle, le rôle que vous donnez à votre médecin généraliste d'une manière générale ?

CL : Ah ben chaque fois que j'ai besoin de, de lui, je vais le voir que ce soit parce que j'ai un problème de santé ou parce que j'ai un problème autre, si j'ai envie de parler de, de quelque chose comme j'ai un, un ami qui est, qui est très malade et qui à mon âge et ça me, ça me perturbe (MC : acquiescement), donc ça, ça me met le moral à zéro (MC : acquiescement). Donc ça je vais, je vais dès fois voir donc ma nièce pour parler

avec elle de ça et ça me, ça me fait du bien disons (MC : acquiescement). Voilà, c'est tout ou autrement le médecin oui, ça a une place importante, qu'il a...

MC : D'accord. Heu du coup vous lui parlez heu, quelles sont les choses dont vous ne parlerez pas du coup au médecin traitant ?

CL : Quelles sont les choses que je, ou...

MC : Que vous ne diriez pas au médecin traitant ou...

CL : Pff, non j'ai pas, non, je vois pas, je... Justement avec elle je parle, je parle de tout, de, de problèmes heu (rires), de problèmes heu... Certainement qu'avec un autre médecin (MC : acquiescement), j'aurais pas parlé de ces problèmes de famille ou de, relationnels avec d'autres personnes ou comme ça. Avec elle je, certainement parce qu'elle est de la famille...

MC : D'accord.

CL : ... je parle plus facilement (MC : acquiescement) de certaines choses avec elle qu'avec d'autres médecins. Parce que j'avais un autre médecin avant (MC : acquiescement) et bon des problèmes familiaux, si j'avais, je vous dis comme maintenant si j'ai, du fait que j'ai un copain qui est, qui est malade et qui a mon âge quoi (MC : acquiescement) donc ça me perturbe, ça me, ça me perturbe beaucoup. A un autre médecin je ne lui en aurais pas parlé...

MC : D'accord.

CL : ... alors qu'à elle oui...

MC : D'accord.

CL : ... je lui en parle et, elle me donne, elle me donne des (sourires) des conseils, comme de ne pas aller le voir trop souvent parce qu'avant j'allais le voir presque tous les jours et c'est... Alors j'en dormais pas et tout ça (MC : acquiescement) donc, avec elle, je me sens plus à l'aise disons.

MC : Ok. Et vous arrivez du coup à, à palper ou déterminer quelles sont les raisons que vous êtes plus à l'aise avec un médecin que vous connaissiez ?

CL : Non, je sais pas. Je sais pas, les raisons heu... Je sais pas du tout. Peut-être parce qu'elle fait partie de la famille (MC : acquiescement) tout simplement...

MC : Tout simplement.

CL : ... à cause de ça.

MC : D'accord.

CL : Et qu'elle peut comprendre mieux, enfin pff, je sais pas. Enfin moi, moi en tout cas je suis plus, plus à l'aise avec, pour, pour parler je vous dis de certaines choses avec elle que, que avec le médecin que j'avais avant, qui n'était pas du tout de la famille.

MC : D'accord, et... Du coup votre idée avant que ce soit votre médecin, est-ce que le médecin pouvez

faire autre chose que les maladies physiques pures donc ?

CL : Avant non.

MC : Avant non, d'accord. Donc ça vient depuis

CL : Oui, avant j'allais le voir quand j'étais malade, c'est tout. Tandis que maintenant je vais la voir quand j'ai, quand j'ai un problème autre qu'une maladie physique quoi (MC : acquiescement).

MC : Ok. Heu, pour vous quelle disponibilité doit avoir, toujours d'une manière générale, un médecin généraliste pour ses patients ?

CL : (Rires) la disponibilité (pause) c'est, je sais pas c'est difficile à (MC : acquiescement) heu, il doit être oui à l'écoute tout le temps. Heu, le plus possible, il a, il a des horaires (rires), il a beaucoup de patients, je vois elle a beaucoup de patients donc heu, mais je sais pas. En plus elle habite à côté donc si j'ai vraiment un problème (rires), moi ça me facilite la chose je peux la voir chez elle, j'en, j'en profite pas, j'essaie, j'essaie justement de ne pas aller la voir chez elle mais quand, quand vraiment j'en ai heu, j'en ai vraiment besoin je peux aller la voir donc à la limite il faudrait qu'elle soit, qu'un médecin soit à l'écoute presque 24 h sur 24 (rires) (MC : acquiescement).

MC : Oui, c'est votre idée...

CL : Ouais, ouais.

MC : L'idéal ?

CL : L'idéal voilà, se serait, se serait ça mais je sais très bien que c'est pas possible, ils ont aussi les vacances à prendre (rires) et autre chose que leur métier à faire, c'est sur...

MC : Maintenant pouvez-vous me parler de, des raisons qui vous ont conduit à choisir du coup votre nièce comme médecin traitant, plutôt qu'un autre médecin ?

CL : Oui, heu pff... Ben parce que j'avais eu un, je sais pas quoi un problème (MC : acquiescement), c'était urgent, j'étais allé la voir (MC : acquiescement). Et je lui ai demandé si elle pouvait, si elle pouvait me prendre en tant que patient et elle m'avait dit que oui. En plus elle, elle préférerait me recevoir au cabinet plutôt que chez elle. Au départ c'était un, comme un service quoi, que je lui ai demandé (MC : acquiescement) et après bon je lui ai demandé si elle pouvait, parce que là aussi je me sentais à la limite plus heu, plus, plus à l'aise avec elle qu'avec mon médecin traitant (MC : acquiescement) qui, que lui j'allais voir simplement quand j'étais malade c'est tout, quand j'étais vraiment malade.

MC : Vous vous sentiez plus à l'aise...

CL : Voilà.

MC : ... donc vous en avez fait la demande ?

CL : Voilà oui (CL : acquiescement).

MC : Heu (pause). Ok, ok. Et heu, est-ce que c'est juste parce que vous vous sentiez plus à l'aise lors de la consultation ou c'est par rapport à la première consultation que vous lui avez demandée qui c'était bien passé ou c'était une raison...

CL : Peut-être aussi, peut-être à la première consultation...

MC : C'était quoi exactement enfin sans...

CL : J'avais un, j'avais pris un, un coup en, en jouant à la balle (MC : acquiescement), j'avais le nez cassé (MC : acquiescement). Bon, elle m'avait envoyé aussitôt voir, elle m'avait pris rendez-vous chez un spécialiste qui m'avait opéré du nez et tout ça et après comme, en plus chez, chez nous on est tous malade du cœur (MC : acquiescement), donc elle m'avait dit : « bon, qu'est-ce que tu prends ? », elle m'avait demandé qu'est-ce que je prenais comme médicaments et tout ça et elle m'avait fait faire des analyses de sang et tout ça et elle m'avait orienté sur d'autres prescripteurs heu, d'autres médicaments que ceux que, que je prenais, et je me suis senti mieux déjà. Et après bon je vous dis heu...

MC : Et c'est parti de là ?

CL : Et c'est parti de là, oui, oui.

MC : D'accord.

CL : Au départ c'était parce que j'avais pris un coup, j'avais pas envie d'aller voir mon médecin et que je pensais que c'était rien.

MC : Ok. Heu, du coup quelle était votre idée de la disponibilité maintenant du proche en tant que médecin traitant par rapport à un autre médecin ?

CL : Quelle est, la, la disponibilité ?

MC : Quelle était votre idée avant de la prendre du coup, de sa disponibilité à elle, en tant que médecin, qui est un proche par rapport à un autre ?

CL : Et pff (pause), heu je sais pas parce que, ça je ne me suis pas posé la question...

MC : D'accord.

CL : Mais heu, parce que je, je la, je considère, si vous voulez en tant que médecin. Bon elle me rend beaucoup de services et tout ça (MC : acquiescement) mais je, je vais pas, je vous dis dès que j'ai quelque chose je vais pas la voir chez elle, j'aime pas. Donc je vais au cabinet (MC : acquiescement), donc à la limite je la considère comme un autre, comme un médecin extérieur à la famille (MC : acquiescement). Je ne profite pas du fait qu'elle soit de la famille pour aller l'embêter chez elle, la voir pour un rien tout ça. Je paie mes consultations comme, comme tout le monde et tout, alors qu'elle, elle voudrait pas, elle me dit je suis le seul de la famille mais c'est pour ça que je la considère si vous voulez comme, comme un médecin heu, autre que la famille.

MC : D'accord.

CL : Même si elle m'apporte plus, en étant de la famille, même si, je vous dis, j'ai plus de facilités à parler avec elle, plus de, de choses que, qui n'intéresserait pas enfin, ou que, que je n'aborderais pas avec un autre médecin (MC : acquiescement). Voilà, c'est tout.

MC : Heu (pause), c'est un peu, peut-être la confiance, pour quelles raisons vous pensez plus faire confiance à un proche en tant que médecin qu'à un autre médecin ?

CL : (Pause) je sais pas si je lui fais plus confiance en tant que, au point de vue heu, heu, heu verdict des maladies ou comme ça ?

MC : Par exemple oui. L'ensemble de son, de son travail, ça fait partie.

CL : Je sais pas si je ferais, peut-être que je ferais plus confiance heu, autant confiance à un autre médecin (MC : acquiescement), au point de vue diagnostic mais je sais pas, je vous dis, moi ce qui m'apporte plus c'est de pouvoir discuter d'autres choses que de la maladie. Je sais en plus qu'elle est très compétente (sourire) parce que chaque fois qu'elle m'a envoyé à l'hôpital ou comme ça (MC : acquiescement), elle a fait son, son internat à O...

MC : D'accord.

CL : ... donc je suis tombé sur 2 ou 3 chirurgiens qui m'ont dit, bon avec elle vous, vous êtes tranquille, vous êtes tombé sur un bon médecin. Et c'est vrai que chaque fois où j'y suis allé, elle m'avait donné un diagnostic qui s'est confirmé, qui s'est confirmé à l'hôpital (MC : acquiescement). Donc heu voilà je, après je sais pas peut-être que j'aurais la même confiance qu'à un autre médecin (MC : acquiescement), je sais pas. Mais bon en plus maintenant je suis habitué à elle, avec elle et je m'en verrai pour repartir avec un autre médecin quoi. C'est sûr.

MC : D'accord. Que pensez-vous de la notion de devoir pour un médecin de soigner ses proches ?

CL : De devoir ? Pour soigner ses proches ?

MC : Ouais.

CL : C'est pas un devoir. Heu, je sais pas heu, non...

MC : Elle, elle soigne d'autres proches ?

CL : Elle soigne ma femme. Oui elle soigne je pense ses beaux-frères, parce qu'elle est mariée avec un garçon là, ils sont 2 frères et une sœur, 2 sœurs, dont elle soigne tout le monde. Mais je sais par exemple que il y a, ma sœur et mon, et mon beau-frère qui habite là, à A qui avait un médecin qui a pris sa retraite et elle a pas voulu soigner, elle a pas voulu les, au moins mon beau-frère. Parce que heu, elle l'a envoyé chez un collègue (sourire) à elle, parce qu'il est un peu spécial

et donc elle s'est pas, elle, elle l'a pas, elle s'est pas trouvé l'obligation...

MC : D'accord.

CL : ... de le soigner.

MC : Très bien.

CL : Elle soigne ma sœur. Si vous voulez (MC : acquiescement) elle a pris ma sœur en tant que patiente, parce qu'elle sait que ma sœur elle est heu, elle est gentille, elle est sympa et tout alors que mon beau-frère (rires) il est plutôt chiant et elle, elle l'a pas pris. Donc c'est pas, je crois qu'il y a une obligation heu... Non, non.

MC : Du coup par rapport heu aux raisons qui vous ont poussé à choisir donc votre nièce comme médecin traitant quelles ont été les avantages et les inconvénients de ce choix ?

CL : Pff, les inconvénients je (pause), les inconvénients non je vois pas. Je vois que des avantages, enfin pour moi (MC : acquiescement). Et, parce que je vous dis, en plus le fait qu'elle habite là, je sais qu'elle a toujours un bon diagnostic (MC : acquiescement), le fait de, c'est toujours pareil (MC : acquiescement), le fait de pouvoir parler avec elle, ben c'est un avantage (MC : acquiescement) et heu non, autrement je vois pas d'autres...

MC : Pas d'inconvénients ?

CL : Non, non pas d'inconvénients, non. Non, non. Non, non au contraire je vois que des, pour moi que des avantages.

MC : Pouvez-vous me parler de la confidentialité de, de vos propos que vous laissez à, à votre nièce en tant que médecin (CL : acquiescement) heu par rapport après au contexte familial ?

CL : Ah ben, je crois qu'elle parle pas de ... Non, non. Je pense, je pense que c'est heu, elle le prend, oui je suis, elle, elle aussi je suis considéré comme un autre patient (MC : acquiescement). Elle va pas parler de mes, de mes problèmes, non, non. Je pense pas non.

MC : Très bien. Pouvez-vous me parler de tout ce qui touche à, à l'intime lors d'une, lors d'une consultation médicale ?

CL : Ouais. (Pause) de, de l'intime heu ?

MC : L'intime corporel...

CL : Oui.

MC : ... bon psychique on en a parlé déjà pas mal, mais l'intime corporel par exemple ?

CL : Oui, et ben justement, je lui en, moi j'avais des problèmes, je suis à la retraite depuis quoi 5, 6 ans...

MC : Oui.

CL : ... et un matin je me lève et je me trouve bon (sourire), je vais vous, je me trouve des, des gan... des

(MC : acquiescement), des boules (en mimant l'action de palper ses testicules) (MC : acquiescement). Bon ça y est, j'ai le cancer tout ça (MC : acquiescement). Bon je suis allé la voir. Mais je suis allé la voir et, et ça c'est fait, oui naturellement (MC : acquiescement). Je, j'ai pas eu peur, ça m'a pas gêné (MC : acquiescement). Et je pense qu'elle non plus

MC : D'accord.

CL : Et ça l'a pas gêné de... Enfin, elle non parce qu'elle est médecin mais à moi ça m'a pas gêné. Et peut-être que ça aussi, je sais pas si j'aurais, si j'aurais agi aussi facilement avec un autre médecin (MC : acquiescement).

MC : Ok.

CL : Je suis pas, peut-être que c'est, ça m'a facilité les choses d'avoir été opéré parce que aussi quand, quand j'allais voir des copains à l'opération (sourires), quand il y en a qui se faisait torcher ou comme ça, je me dis oh putain, moi ça ça me gênerait, puis finalement on est obligé d'en passer par là donc je pense que ça ça m'a aidé aussi après à parler de, avec elle de parties, des parties plus intimes, lui faire voir (MC : acquiescement), enfin lui montrer. Ça m'a pas dérangé quoi.

MC : D'accord. (Longue pause) en quoi le fait d'avoir choisi du coup votre nièce comme médecin traitant a changé vos relations, antérieures, peut-être ?

CL : Non ça n'a pas, non ça n'a pas changé non.

MC : Non ?

CL : Non, non pas du tout. Non, non elle, elle était, j'étais chez un autre médecin, elle me parlait jamais de, elle me demandait jamais parce que j'avais mon médecin depuis longtemps et non, non. Non ça, ça n'a rien changé.

MC : Pouvez-vous me parler de, de la rédaction de documents administratifs avec, avec votre médecin traitant ?

CL : Heu, de documents ?

MC : Tout ce qui est certificat, arrêts de travail ?

CL : Heu pff, je crois qu'elle m'en a jamais fait (MC : acquiescement) d'arrêts de travail, non. Et comme je suis à la retraite là. Non, non. On a jamais par..., on a jamais rempli de documents non, je vois pas ...

MC : Il n'y a pas eu besoin ?

CL : Non, non (MC : acquiescement). À part les ordonnances qu'elle me fait, et voilà c'est tout.

MC : Pouvez-vous me parler de sa réaction quand vous lui avez demandé d'être son, d'être votre médecin traitant ?

CL : Heu sa réaction ? Non, elle a accepté de suite.

MC : Oui.

CL : Non, sans, sans rechigner. Sans me dire, sans me poser des questions, elle m'a même pas posé de questions pourquoi je voulais, je voulais changer. Non, non je crois que ça c'est fait, à la limite naturellement (MC : acquiescement), voilà.

MC : Ok. Et du coup, comment pensez-vous heu que votre nièce voit le fait de soigner ses proches ? Son avis à elle ?

CL : (Pause), je sais pas. Ça, ça doit pas la ... Je sais pas, peut-être que si heu, si il nous arrive quelque chose (MC : acquiescement), je pense, peut-être que ça la touchera certainement plus que, que si c'était un patient autre. Enfin je sais pas, je dis ça comme ça mais (MC : acquiescement) heu, je pense, parce que je sais qu'elle prend, elle mesure, elle fait surtout attention que je fasse toutes mes... Et, et, enfin moi ou, je sais qu'elle soigne sa, sa belle-mère (MC : acquiescement) aussi donc elle s'en occupe très très bien, et elle fait attention à ce qu'on prenne les médicaments, les, tout ça. Donc je pense que si, oui s'il devait arriver quelque chose elle serait certainement peut-être plus touchée que, c'est vrai, ça c'est peut-être normal aussi en tant que, du fait qu'on fasse partie de la famille (MC : acquiescement). Oui, oui.

MC : D'accord. Heu dernière question : avez-vous déjà consulté un autre médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste sans lui en référer ?

CL : Non, jamais. Non, non, jamais. Non je suis allé voir un ostéopathe, je lui, parce que justement je lui demande chaque fois si (MC : acquiescement), parce que ma femme elle va voir un ostéopathe elle lui parle, elle lui dit : « tiens je vais vous envoyer mon mari », et du fait que j'ai été opéré parce que j'ai eu un ici (en montrant l'aorte abdominale et les iliaques), j'ai eu un pontage (MC : acquiescement) et alors l'ostéopathe il a dit : « hou... ». C'est pour ça non, non, chaque fois je lui parle. Je vais voir ou un kiné ou un ostéopathe ou

un acupuncteur, chaque fois je lui en parle avant. Et elle me dit oui ou non.

MC : Ok.

CL : Si c'est... Si il y a des choses qui sont pas recommandées, apparemment (MC : acquiescement), donc voilà.

MC : Et est-ce qu'il y a des situations qui vous pousserez à consulter un autre médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste, sans lui en référer ?

CL : Non. Non, je crois pas. Si oui, si je suis à, à l'autre bout de la France (MC : acquiescement) et que je suis malade, oui là, mais c'est vraiment un cas exceptionnel. Autrement ici, non, non, je ... Non, non, il y a rien qui va me...

MC : D'accord. Il y a pas des situations qui auraient heu occurred un problème, parce que le fait que ce soit un proche qui vous soigne ?

CL : Non, non.

MC : Vous avez pas ressenti ?

CL : Non, non.

MC : Parfait.

CL : Non, non pas du tout, non. Au contraire maintenant, comme j'ai confiance en elle, à la moindre des choses je, j'irai la voir. Voilà.

MC : Très bien. On a tout. Des données sociodémographiques pour l'étude :

Lien avec le médecin : oncle par alliance mais parle de « ma nièce » quand parle d'elle, assez proche pour un oncle par alliance, habite à côté et repas régulier ensemble.

Homme, 66 ans, marié.

Retraité, CAP.

Pathologies chroniques ou graves : oui.

Serment médical

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer aux mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

ABSTRACT : WHAT ARE, FROM THE PATIENT'S POINT OF VIEW, THE FACTORS DETERMINING THE CHOICE OF SOMEONE CLOSE TO THEM AS THEIR FAMILY PHYSICIAN ?

Introduction : Most physicians treat relatives and friends. The close relationship affects the doctor-patient relation as well as the way those patients are treated. Various thesis have studied the physician's opinion about this, but the point of view of patients is unknown.

Objectives : Identify reasons for choosing a relative or a friend as their family doctor, as well as the advantages and disadvantages of this situation.

Material and Method : Qualitative research with semi structured interviews.

Results : Data saturation has been achieved on the twelfth interviews. 14 interviews were conducted. The main reasons of choice were the trust in the relatives and convenience for the patient. Some disadvantages were expressed (banalisation of symptoms, lack of attentiveness and objectivity). Patients always underestimated this downside, comparing it to all the positive effects. All interviews showed a confusion of roles between being a relative and being the doctor. However a larger distance between the patient and the physician was associated with a better distinction of roles.

Discussion : Confusion of roles seems to be in the core of the problematic of choosing a relative or a friend as family doctor. This aspect was also found in the only other study exploring the point of view of patients.

Conclusion : The situation of the family doctor being a relative is well known as being at the origin of lower quality of cares and of difficulties for patients and doctors. In some countries, this situation is regulated by law. It is not the case in France, and a refusal by the physician may be considered as

offensive. Awareness of patients wishing to choose a relative or a friend as their doctor would be useful.

Key-words : Relatives – General Practitioner – Patient – Doctor-patient relationship.

RÉSUMÉ : QUELS SONT, DU POINT DE VUE DU PATIENT, LES ÉLÉMENTS QUI DÉTERMINENT LE CHOIX D'UN PROCHE COMME MÉDECIN TRAITANT ?

Introduction : La plupart des médecins soignent leur proche (famille et amis). La relation de proximité influe sur la relation médecin-patient, et le soin aux proches pose problème. Plusieurs thèses ont étudié le point de vue des médecins sur ce sujet tandis que le point de vue des patients reste inconnu.

Objectifs : Identifier, en partant du point de vue des patients, les éléments déterminant le choix d'un proche comme médecin traitant ainsi que les avantages et les inconvénients de ce choix.

Matériel et Méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

Résultats : La saturation des données ayant été obtenue au douzième entretien, un total de 14 patients a été interrogé. Les raisons du choix étaient avant tout dominées par la confiance dans le médecin proche et par l'aspect pratique de la situation. Quelques inconvénients étaient exprimés (banalisation des symptômes, manque d'écoute et d'objectivité) mais toujours considérés comme de peu de poids face aux avantages. Tous les entretiens faisaient apparaître une notion de confusion des rôles entre la fonction de proche et celle de médecin, cependant plus le degré de proximité entre le patient et le praticien était faible, plus les patients arrivaient à faire la distinction entre ces deux fonctions.

Discussion : La confusion des rôles semble être au cœur de la problématique du choix d'un proche comme médecin traitant. Cet aspect est retrouvé dans la seule autre étude explorant le point de vue des patients.

Conclusion : La situation de médecin traitant proche est une situation reconnue comme pouvant être à l'origine de prise en charge de moindre qualité et de difficultés tant pour le médecin que pour le patient. Dans certains pays cette situation est réglementée. Cela n'est pas le cas en France, et le refus de la part du médecin peut être à l'origine de difficultés. Il semblerait utile de sensibiliser tout patient, qui désire avoir un proche comme médecin traitant, aux problèmes que cette situation peut engendrer.

Mots-clés : Proche – Médecin traitant – Patient – Relation médecin-patient

Discipline : Médecine Générale

Intitulé et adresse de l'UFR : UFR des Sciences Médicales – Université de Bordeaux 146 rue Léo Saignat Case 16 – Espace santé 33 076 BORDEAUX