



**HAL**  
open science

## Quelles sont les attentes et le ressenti des proches du médecin généraliste ? Étude qualitative auprès de 12 patients des Alpes Maritimes

Mélanie da Silva

### ► To cite this version:

Mélanie da Silva. Quelles sont les attentes et le ressenti des proches du médecin généraliste ? Étude qualitative auprès de 12 patients des Alpes Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01160179

**HAL Id: dumas-01160179**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01160179>**

Submitted on 4 Jun 2015

**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.

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**  
ANNÉE 2013-2014

**Thèse**

Pour l'obtention du Diplôme d'État de  
**Docteur en Médecine**

---

Présentée et soutenue publiquement le 25 Septembre 2014  
par Mélanie DA SILVA  
née le 28 Mars 1985 à Montluçon,

---

**Quelles sont les attentes et le ressenti des  
proches du médecin généraliste ?**

***Étude qualitative auprès de 12 patients des Alpes Maritimes***

---

**Président du jury :**

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON

**Assesseurs :**

Monsieur le Professeur Jean-Gabriel FUZIBET

Monsieur le Professeur Olivier GUERIN

Monsieur le Docteur Gerald BAROGHEL

**Directeur de thèse :**

Monsieur le Docteur Didier Caprini

*« Les gens ont toujours tendance à vouloir  
aider les autres, uniquement pour se  
sentir meilleurs qu'ils ne sont en réalité. »*

Paulo Coelho

Veronika décide de mourir

*« Être là pour un proche lorsqu'il va mal n'a rien d'extraordinaire,  
mais être là pour lui quand il va bien, pouvoir supporter sans jalousie  
son bonheur et sa réussite exige une générosité plus grande.  
L'empathie avec l'autre est plus noble dans la joie que dans le malheur. »*

Chahdortt Djavann

La dernière séance

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Liste des professeurs au **1er novembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

**Doyen** M. BAQUÉ Patrick

**Assesseurs** M. BOILEAU Pascal  
M. HÉBUTERNE Xavier  
M. LEVRAUT Jacques

**Conservateur de la bibliothèque** M. SCALABRE Grégory

**Chef des services administratifs** Mme CALLEA Isabelle

**Doyens Honoraires** M. AYRAUD Noël  
M. RAMPAL Patrick  
M. BENCHIMOL Daniel

**Professeurs Honoraires**

|                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| M. BALAS Daniel           | M. LALANNE Claude-Michel |
| M. BLAIVE Bruno           | M. LAMBERT Jean-Claude   |
| M. BOQUET Patrice         | M. LAPALUS Philippe      |
| M. BOURGEON André         | M. LAZDUNSKI Michel      |
| M. BOUTTÉ Patrick         | M. LEFEBVRE Jean-Claude  |
| M. BRUNETON Jean-Noël     | M. LE BAS Pierre         |
| Mme BUSSIERE Françoise    | M. LE FICHOUX Yves       |
| M. CHATEL Marcel          | M. LOUBIERE Robert       |
| M. COUSSEMENT Alain       | M. MARIANI Roger         |
| M. DAR COURT Guy          | M. MASSEYEFF René        |
| M. DELMONT Jean           | M. MATTEI Mathieu        |
| M. DEMARD François        | M. MOUIEL Jean           |
| M. DOLISI Claude          | Mme MYQUEL Martine       |
| M. FREYCHET Pierre        | M. OLLIER Amédée         |
| M. GÉRARD Jean-Pierre     | M. ORTONNE Jean-Paul     |
| M. GILLET Jean-Yves       | M. SCHNEIDER Maurice     |
| M. GRELLIER Patrick       | M. TOUBOL Jacques        |
| M. HARTER Michel          | M. TRAN Dinh Khiem       |
| M. INGLES AKIS Jean-André | M. ZIEGLER Gérard        |

**M.C.A. Honoraire** Mlle ALLINE Madeleine

**M.C.U. Honoraires** M. ARNOLD Jacques  
M. BASTERIS Bernard  
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie  
M. EMILIOZZI Roméo

M. GASTAUD Marcel  
M.GIRARD-PIPAU Fernand  
M. GIUDICELLI Jean  
M. MAGNÉ Jacques  
Mme MEMRAN Nadine  
M. MENGUAL Raymond  
M. POIRÉE Jean-Claude  
Mme ROURE Marie-Claire

### PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

|     |                        |  |
|-----|------------------------|--|
| M.  | AMIEL Jean             | Urologie (52.04)   |
| M.  | BENCHIMOL Daniel       | Chirurgie Générale (53.02)                                 |
| M.  | CAMOUS Jean-Pierre     | Thérapeutique (48.04)                                      |
| M.  | DARCOURT Jacques       | Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)                  |
| M.  | DELLAMONICA Pierre     | Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)        |
| M.  | DESNUELLE Claude       | Biologie Cellulaire (44.03)                                |
| Mme | EULLER-ZIEGLER Liana   | Rhumatologie (50.01)                                       |
| M.  | FENICHEL Patrick       | Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)    |
| M.  | FRANCO Alain           | Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)            |
| M.  | FUZIBET Jean-Gabriel   | Médecine Interne (53.01)                                   |
| M.  | GASTAUD Pierre         | Ophthalmologie (55.02)                                     |
| M.  | GILSON Éric            | Biologie Cellulaire (44.03)                                |
| M.  | GRIMAUD Dominique      | Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)        |
| M.  | HASSEN KHODJA Reda     | Chirurgie Vasculaire (51.04)                               |
| M.  | HÉBUTERNE Xavier       | Nutrition (44.04)  |
| M.  | HOFMAN Paul            | Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)                |
| M.  | LACOUR Jean-Philippe   | Dermato-Vénéréologie (50.03)                               |
| Mme | LEBRETON Élisabeth     | Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04) |
| M.  | MICHIELS Jean-François | Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)                |
| M.  | PRINGUEY Dominique     | Psychiatrie d'Adultes (49.03)                              |
|     | QUATREHOMME Gérald     | Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)               |
| M.  | SANTINI Joseph         | O.R.L. (55.01)   |
| M.  | THYSS Antoine          | Cancérologie, Radiothérapie (47.02)                        |
| M.  | VAN OBBERGHEN Emmanuel | Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)                  |

### PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

|     |                        |   |
|-----|------------------------|---|
| M.  | BATT Michel            | Chirurgie Vasculaire (51.04)                        |
| M.  | BÉRARD Étienne         | Pédiatrie (54.01)                                   |
| M.  | BERNARDIN Gilles       | Réanimation Médicale (48.02)                        |
| M.  | BOILEAU Pascal         | Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)   |
| M.  | BONGAIN André          | Gynécologie-Obstétrique (54.03)                     |
| Mme | CRENESSE Dominique     | Physiologie (44.02)                                 |
| M.  | DE PERETTI Fernand     | Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)             |
| M.  | DRICI Milou-Daniel     | Pharmacologie Clinique (48.03)                      |
| M.  | ESNAULT Vincent        | Néphrologie (52-03)                                 |
| M.  | FERRARI Émile          | Cardiologie (51.02)                                 |
| M.  | GIBELIN Pierre         | Cardiologie (51.02)                                 |
| M.  | GUGENHEIM Jean         | Chirurgie Digestive (52.02)                         |
| Mme | ICHAÏ Carole           | Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01) |
| M.  | LONJON Michel          | Neurochirurgie (49.02)                              |
| M.  | MARQUETTE Charles-Hugo | Pneumologie (51.01)                                 |

|     |                     |  |
|-----|---------------------|--|
| M.  | MARTY Pierre        | Parasitologie et Mycologie (45.02)               |
| M.  | MOUNIER Nicolas     | Cancérologie, Radiothérapie (47.02)              |
| M.  | MOUROUX Jérôme      | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03) |
| M.  | PADOVANI Bernard    | Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)          |
| M.  | PAQUIS Philippe     | Neurochirurgie (49.02)                           |
| Mme | PAQUIS Véronique    | Génétique (47.04)                                |
| M.  | RAUCOULES-AIMÉ Marc | Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)   |
| Mme | RAYNAUD Dominique   | Hématologie (47.01)                              |
| M.  | ROBERT Philippe     | Psychiatrie d'Adultes (49.03)                    |
| M.  | ROSENTHAL Éric      | Médecine Interne (53.01)                         |
| M.  | SCHNEIDER Stéphane  | Nutrition (44.04)                                |
| M.  | TRAN Albert         | Hépto Gastro-entérologie (52.01)                 |

### PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

|      |                           |   |
|------|---------------------------|---|
| M.   | ALBERTINI Marc            | Pédiatrie (54.01)                                   |
| Mme  | ASKENAZY-GITTARD Florence | Pédopsychiatrie (49.04)                             |
| M.   | BAHADORAN Philippe        | Cytologie et Histologie (42.02)                     |
| M.   | BAQUÉ Patrick             | Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)               |
| M.   | BARRANGER Emmanuel        | Gynécologie Obstétrique (54.03)                     |
| M.   | BENIZRI Emmanuel          | Chirurgie Générale (53.02)                          |
| Mme  | BLANC-PEDEUTOUR Florence  | Cancérologie – Génétique (47.02)                    |
| M.   | BREAUD Jean               | Chirurgie Infantile (54-02)                         |
| Mlle | BREUIL Véronique          | Rhumatologie (50.01)                                |
| M.   | CANIVET Bertrand          | Médecine Interne (53.01)                            |
| M.   | CARLES Michel             | Anesthésiologie Réanimation (48.01)                 |
| M.   | CASSUTO Jill-Patrice      | Hématologie et Transfusion (47.01)                  |
| M.   | CASTILLO Laurent          | O.R.L. (55.01)                                      |
| M.   | CHEVALLIER Patrick        | Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)             |
| M.   | DUMONTIER Christian       | Chirurgie plastique                                 |
| M.   | FERRERO Jean-Marc         | Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)                |
| M.   | FOURNIER Jean-Paul        | Thérapeutique (48-04)                               |
| M.   | FREDENRICH Alexandre      | Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques    |
|      | (54.04)                   |   |
| Mlle | GIORDANENGO Valérie       | Bactériologie-Virologie (45.01)                     |
| M.   | GUÉRIN Olivier            | Gériatrie (48.04)                                   |
| M.   | HANNOUN-LEVI Jean-Michel  | Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)                |
| M.   | IANNELLI Antonio          | Chirurgie Digestive (52.02)                         |
| M.   | JOURDAN Jacques           | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)    |
| M.   | LEVRAUT Jacques           | Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01) |
| M.   | PASSERON Thierry          | Dermato-Vénéréologie (50-03)                        |
| M.   | PICHE Thierry             | Gastro-entérologie (52.01)                          |
| M.   | PRADIER Christian         | Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention   |
|      | (46.01)                   |   |
| M.   | ROGER Pierre-Marie        | Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03) |
| M.   | ROHRLICH Pierre           | Pédiatrie (54.01)                                   |
| M.   | RUIMY Raymond             | Bactériologie-virologie (45.01)                     |
| M.   | SADOUL Jean-Louis         | Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques    |
|      | (54.04)                   |   |
| M.   | STACCINI Pascal           | Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)    |
| M.   | THOMAS Pierre             | Neurologie (49.01)                                  |
| M.   | TROJANI Christophe        | Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)   |
| M.   | VENISSAC Nicolas          | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)    |

## PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. SAUTRON Jean-Baptiste Médecine Générale

## MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI-PERRET Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)  
M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)  
Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)  
M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)  
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)  
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)  
M. DELOTTE Jérôme Gynécologie-Obstétrique (54.03)  
M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)  
Mme DONZEAU Michèle Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)  
M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)  
M. FRANKEN Philippe Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)  
M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)  
Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)  
Mlle LANDRAUD Luce Bactériologie-Virologie (45.01)  
Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)  
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)  
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)  
M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)  
M. PHILIP Patrick Cytologie et Histologie (42.02)  
Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)  
Mlle PULCINI Céline Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)  
M. ROUX Christian Rhumatologie (50.01)  
M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)  
M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

## PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. DIOMANDE Mohenou Isidore Anatomie et Cytologie Pathologiques  
M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale  
M. MAKRIS Démosthènes Pneumologie  
M. PITTET Jean-François Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale  
Mme POURRAT Isabelle Médecine Générale

## MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CHATTI Kaouthar Biophysique et Médecine Nucléaire  
M. GARDON Gilles Médecine Générale  
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale  
M. PAPA Michel Médecine Générale

## PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

|     |                           |                                   |
|-----|---------------------------|-----------------------------------|
| M.  | BERTRAND François         | Médecine Interne                  |
| M.  | BROCKER Patrice           | Médecine Interne Option Gériatrie |
| M.  | CHEVALLIER Daniel         | Urologie                          |
| Mme | FOURNIER-MEHOUAS Manuella | Médecine Physique et Réadaptation |
| M.  | QUARANTA Jean-François    | Santé Publique                    |



# REMERCIEMENTS

## **Monsieur le Professeur Sautron,**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury ; je vous remercie pour vos conseils lors de mon stage en autonomie dans votre cabinet. Recevez l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

## **Monsieur le Professeur Fuzibet,**

Vous avez accepté de siéger dans ce jury. Je vous prie d'accepter mes remerciements les plus sincères.

## **Monsieur le Professeur Guerin,**

Merci d'avoir accepté de juger mon travail, et de m'avoir fait part de votre savoir durant mon stage en gériatrie.

## **Monsieur le Docteur Baroghel,**

Je vous remercie de participer à ce jury. J'ai beaucoup appris auprès de vous pendant six mois. Je ne sais pas si je serais capable de faire autant de gestes techniques que vous au cabinet, mais merci pour cet aperçu...

## **Monsieur le Docteur Caprini,**

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Pendant un an, vous avez été mon tuteur lors de mes GEASP. Et maintenant, vous êtes à mes côtés pour cette thèse. Un grand merci pour votre aide et vos conseils.

**A Hassib,** mon Amour, merci pour ta patience... tout d'abord les stages où on ne débauche pas toujours à des heures acceptables... et maintenant la thèse...ça n'a pas toujours été aussi simple que ça... mais enfin, on n'en voit le bout...Un grand Merci pour ce petit trésor qui illumine notre vie. Mon Yanis,

mon ptit homme... A vous deux, vous me comblez de bonheur!

**A mes parents** ; les mots ne suffisent pas pour vous dire combien je vous aime... notre parcours n'a pas toujours été un long fleuve tranquille... mais merci, merci et encore merci pour avoir fait de moi la femme que je suis aujourd'hui... qui aurait cru, que fille d'immigrés, je sois là ce soir à présenter ma thèse pour devenir Docteur ? Femme, Maman, Médecin, je suis fière d'être celle que je suis devenue, grâce à vous... Une pensée pour toi PAPA... Je sais que tu aurais été fier d'être là à coté de nous... Mais je sais que de là haut, tu ne nous oublies pas... PAPA, MAMAN, JE VOUS AIME...

**A ma sœur Élise** ; quoi te dire...tu sais déjà tout. Plus qu'une sœur, tu es une vraie amie, une confidente. Je t'aime... un grand merci pour ton soutien... T'avoir auprès de nous cette dernière année a été un énorme réconfort...Tu es une sœur géniale et une tata en or...Et toi Vincent...tu es un sacré Pierre Richard... mais on t'aime quand même. Je vous aime Pitchakette et Pitchak !!

**A ma famille** ; Vous êtes trop nombreux pour que je vous cite tous...Mais MERCI : Merci d'avoir fait le déplacement, et d'être là ce soir pour ce jour très important pour moi. Merci de nous avoir soutenu...Merci pour votre présence...Merci pour votre Amour... Merci pour votre présence aux cotés de Maman... Vous nous aidez chaque jour à continuer, à ne jamais baisser les bras...Je vous aime. Un merci spécial à toi Claire, à toi Anne... Même à des centaines de kilomètres, on a su garder le contact...Super les cousines !!

**A toi Charlotte**, mille mercis à toi ; que de souvenirs à tes cotés... nos heures de révisions ensemble pour l'internat, ces longues heures passées au téléphone à nous raconter nos expériences...et aussi à se donner des conseils de maman. Tu es une amie en or. Je suis contente de savoir qu'on va se rapprocher de vous.

Merci aux médecins qui m'ont guidé tout au long de mon parcours : Dr Cédric Baillet, Dr Christine Abad, Dr Thaï Ung, Dr André Gary, Dr Isabelle Pourrat.

Merci à mes co-internes et à toutes les personnes rencontrées lors de ce si beau parcours, vous m'avez tellement apporté.

Je pense également au service de rééducation du Centre Hélios Marin, au service de pédiatrie et les urg' de Grasse, le moyen séjour de Cimiez : merci pour votre accueil et vos enseignements...

Aux 12 patients que j'ai rencontrés en entretien, merci pour votre sincérité et votre disponibilité.

# SOMMAIRE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUCTION.....</b>                            | <b>12</b> |
| <b>METHODOLOGIE.....</b>                            | <b>15</b> |
| 1- Point de départ de l'étude.....                  | 15        |
| 2- Recherches bibliographiques .....                | 15        |
| 3- Choix du type d'étude.....                       | 16        |
| 4- Technique de recueil de données.....             | 16        |
| 5- Choix des thèmes à explorer.....                 | 16        |
| 6- Les questions, la grille d'entretien .....       | 17        |
| 7- Validation par un patient.....                   | 17        |
| 8- Introduction au questionnaire.....               | 17        |
| 9- Modalités du recueil des données.....            | 17        |
| 10- Nombre d'entretiens.....                        | 18        |
| 11- Population étudiée.....                         | 18        |
| 12- Retranscription des données.....                | 19        |
| 13- Analyse des données.....                        | 19        |
| <b>RESULTATS.....</b>                               | <b>21</b> |
| 1- Description de la population étudiée. ....       | 21        |
| 2- Identification des problématiques.....           | 21        |
| 2- 1 Avantages à être soigné par un proche.....     | 21        |
| 2- 1- 1 Facilité d'accès.....                       | 21        |
| 2- 1- 2 Réassurance.....                            | 22        |
| 2- 1- 3 Distinction «bobologie», maladie grave..... | 23        |
| 2- 1- 4 Proximité du lien .....                     | 24        |
| 2- 1- 5 Lieu de la consultation.....                | 24        |
| 2- 1- 6 Confiance.....                              | 25        |
| 2- 1- 7 Relation avec les autres spécialistes ..... | 25        |
| 2- 2 Inconvénients à être soigné par un proche..... | 26        |
| 2- 2- 1 Manque d'objectivité.....                   | 26        |
| 2- 2- 2 Proximité du lien.....                      | 26        |
| 2- 2- 3 Une confusion des rôles.....                | 27        |
| 2- 2- 4 La pudeur.....                              | 28        |

|   |           |
|---|-----------|
| 2- 2- 5 La durée de la consultation.....  | 28        |
| 2- 2- 6 Observance/ inobservance.....   | 29        |
| 2- 2- 7 Litiges dans la famille.....  | 29        |
| 2- 2- 8 Le lieu de la consultation.....   | 29        |
| 2- 2- 9 Risque de complaisance.....   | 30        |
| 2- 2- 10 Maladies « graves ».....   | 30        |
| 2- 3 Le secret médical lorsqu'il existe un lien préexistant entre le patient et le médecin..... | 31        |
| 2- 4 L'argent dans la relation patient/ proche.....   | 32        |
| 2- 5 Choisir d'être soigné par un proche ou de ne pas être soigné par un proche.....            | 33        |
| <b>DISCUSSION.....</b>  | <b>35</b> |
| 1- Forces et limites de l'étude.....  | 35        |
| 1- 1 critères de scientificité.....   | 35        |
| 1- 2 Limites de l'étude.....  | 36        |
| 2- Analyse des résultats.....   | 36        |
| 2- 1 Points positifs à être soigné par un proche.....   | 36        |
| 2- 2 Le manque d'objectivité .....  | 38        |
| 2- 3 La confusion des rôles.....  | 42        |
| 2- 4 Observance/ inobservance.....  | 43        |
| 2- 5 Le rapport à l'argent.....   | 44        |
| 2- 6 Le secret médical.....   | 46        |
| 2- 7 Soignant mais pas médecin traitant.....  | 46        |
| <b>CONCLUSION.....</b>  | <b>48</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>   | <b>50</b> |
| <b>ANNEXES.....</b>   | <b>53</b> |
| ANNEXE 1 : fiche de projet de thèse validée par la cellule thèse.....                           | 53        |
| ANNEXE 2 : Guide d'entretien définitif.....   | 57        |
| ANNEXE 3 : exemple d'entretien codé.....  | 58        |
| ANNEXE 4 : SERMENT D'HIPPOCRATE.....  | 62        |

# INTRODUCTION

*Mr D. père d'une jeune médecin, apprend de la part de son médecin traitant qu'il a un cancer pulmonaire avec des lésions métastatiques. Il en parle à sa fille. Mais par pudeur, ou par crainte, ou par respect... il ne lui demandera jamais son avis de médecin... Il lui parlera comme un père parle à sa fille, oubliant ou faisant tout du moins abstraction que celle -ci est médecin. Mais n'y avait-il pas derrière ses paroles une autre demande? Ou bien avait -il juste besoin de garder ce lien père/ fille plutôt que de créer une relation médecin-malade?*

Chaque médecin se retrouve un jour confronté à la demande de soins par un des ses proches. Selon l'étude de J LA PUMA réalisée en 1991, 83% des médecins interrogés ont déjà prescrit des médicaments à un membre de leur famille.<sup>(1)</sup>

La relation médecin-malade ne ressemble à aucun autre type de relation. Le médecin doit apprendre l'empathie, c'est à dire la capacité à mettre en place une relation de soutien et de compassion vis-à vis du patient. Cependant, il semble évident que la relation soit modifiée lorsqu'il existe un lien préexistant entre le médecin et le malade ; la relation d'empathie prend alors la forme d'une relation de sympathie<sup>(2)</sup> où interfèrent alors les rapports personnels, amicaux et familiaux. De ce fait la question se pose aux médecins « est-il possible de soigner ses proches? » et corollairement à leurs proches : « quels soins attendent les proches du médecin ? ». Le proche se définit comme quelqu'un qui a de profondes affinités, qui entretient des relations étroites avec quelqu'un d'autre<sup>(3)</sup>. On peut donc entendre par ce terme : un ami, un parent, un collègue de travail...du médecin généraliste.

La relation médecin-patient se caractérise par :

- **La confiance** : elle est fondamentale à la relation. La confiance des usagers et patients dans leur médecin généraliste est constante. Elle est régulièrement confirmée par les sondages au fil des décennies; en 2010, 85 % des Français se déclarent satisfaits ou très satisfaits de leur médecin généraliste<sup>(4)</sup>. Selon le Larousse<sup>(3)</sup>, la confiance est le sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre. La confiance *cléricale* se caractérise par une forte asymétrie entre le profane et le praticien. Le statut d'expert du médecin est pleinement reconnu par le patient et celui-ci se considère comme tout à fait incompetent dans le domaine de la santé et des maladies<sup>(5)</sup>. La relation médecin-malade est une relation asymétrique : « c'est la rencontre d'une conscience et d'une confiance ».
  
- **L'acceptation de l'autre** : celle-ci est réciproque ; en effet le médecin doit soigner chacun de ses patients avec la même bienveillance, malgré leurs différences de sexe, de culture , de religion... de même, le patient acceptera les propositions du médecin.
  
- **La capacité d'influence** : de part son savoir et son statut d'expert ; le médecin influence le patient dans ses décisions. Il n'est pas là pour prendre la décision ; seul le patient est à même de choisir pour lui ; mais le professionnalisme et les arguments donnés par le médecin influenceront les choix du patient. Ainsi, la notion de décision médicale partagée est mise en avant.

De nombreuses études quantitatives et qualitatives ont permis de démontrer la complexité de la situation dans laquelle se retrouve un médecin face à la demande de ses proches. Ces caractéristiques nécessaires à la relation semblent être modifiées par ce lien préexistant. Nous connaissons donc le ressenti des médecins face à cette problématique. Mais celles-ci ne représentent qu'une seule facette de la problématique ; en effet, dans une

relation, il y a deux intervenants, soit ici le médecin et le malade. Quelles sont les attentes et le ressenti des proches du médecin généraliste ?, est la question à laquelle nous allons répondre dans notre travail.

L'objectif principal est de recueillir le ressenti des patients proches face au lien particulier existant entre eux et leur médecin.

Les objectifs secondaires sont, à partir de ce point de vue et expériences de patients proches, de faire des propositions sur comment le médecin généraliste doit se positionner dans cette relation de proximité.



# **METHODOLOGIE**

## **1- Point de départ de l'étude**

Le choix du sujet s'est fait, après une situation vécue personnellement où j'ai été en difficulté face à la maladie d'un de mes proches. Le lien préexistant avec ce dernier a rendu la situation difficile; interférait alors mon statut de médecin, avec mon statut de proche. Je me suis donc posée la question « est-ce qu'il m'est possible de soigner mes proches? ». Après plusieurs travaux de lecture, revue de la littérature et de recherches, j'ai orienté ma question sur le point de vue des patients; « quelles sont les attentes des proches du médecin généraliste? ».

Mon choix d'étude a d'abord été validé par la cellule thèse.

Ce sujet de thèse a ensuite été proposé et accepté par le Docteur Caprini, afin d'en assurer la direction.

## **2- Recherches bibliographiques**

Une recherche bibliographique a été effectuée avant même la validation du choix du sujet avec les mots clés suivants : médecin et proches, soigner ses proches, empathie, relation médecin- patient. Ces mots clés ont été utilisés sur les moteurs de recherche Pubmed et Google Scholar. Le catalogue SUDOC (Système Universitaire de DOCumentation) a été interrogé afin de vérifier l'originalité du sujet. La sélection des articles a été faite en fonction de leur niveau de preuve. Après la lecture des articles, je me référais également à leurs bibliographies afin d'intégrer d'autres articles. Les références bibliographiques sont récentes pour la plupart; les plus anciennes m'ont semblé utiles ne serait-ce que pour lire que depuis bien longtemps la question est posée.

Une recherche bibliographique a également été faite sur la méthodologie de la recherche qualitative. Les mêmes moteurs de recherche ont été utilisés avec

les mots-clés suivants : recherche qualitative, entretiens, méthodologie.

### **3- Choix du type d'étude**

Le but étant de recueillir les sentiments vis à vis d'une problématique donnée, il me semblait judicieux de faire une étude qualitative ; en effet cette méthode est particulièrement appropriée lorsque les données observées sont difficiles à mesurer objectivement<sup>(6)</sup>. Ce type de méthode est adapté à l'étude de phénomènes sociaux<sup>(7)</sup>. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement de la relation. « *La mise en œuvre d'un processus de recherche qualitatif, c'est avant tout vouloir comprendre le pourquoi et le comment des événements dans des situations concrètes.* »(Wacheux, 1996)

### **4- Technique de recueil de données**

S'agissant de situations personnelles, mon choix s'est fait vers des entretiens individuels. Ils permettent, à la différence des focus groupes, d'aborder des sujets plus délicats<sup>(6)</sup>. En effet mon sujet d'étude aborde la relation avec le médecin avec qui le proche interrogé entretient un lien différent que le simple lien de patient. Il est plus facile pour l'interviewé d'exprimer son avis sur la question<sup>(8)</sup>, sans tabou ou gêne, sans appréhender le regard des autres. L'entretien individuel facilite la libre expression de la personne interrogée.

J'ai opté pour des entretiens semi directifs, avec un guide d'entretien. Ce type d'entretien permet d'aborder un certain nombre de thèmes, et de recentrer les entretiens quand l'entretien s'en écarte, et de poser les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas lui-même<sup>(9)</sup>.

### **5- Choix des thèmes à explorer**

Les thèmes à explorer ont été choisis à partir des données de la littérature. La liste des thèmes retenus n'a pas pour objectif d'être exhaustive, mais simplement de créer des occasions pour le patient de s'exprimer sur le sujet.

Des questions ouvertes ont donc repris ces thèmes.

## **6- Les questions, la grille d'entretien**

La grille d'entretien est disponible en annexe. (annexe 2 page 55)

## **7- Validation par un patient**

Afin de valider ma grille d'entretien et d'améliorer la formulation de mes questions, j'ai réalisé un entretien « test » auprès d'un membre de ma famille. A la suite de cet entretien, le guide d'entretien n'a pas été modifié. Cependant, il m'a permis d'être plus à l'aise avec mon sujet. Je me suis aperçue que l'intonation donnée à mes questions, ou mes expressions pouvaient influencer l'interlocuteur dans ses réponses. J'ai donc retenu qu'il fallait que je reste neutre afin de ne pas biaiser les réponses.

## **8- Introduction au questionnaire**

Au début de chaque entretien, je prenais le temps de me présenter, même si je l'avais déjà fait lors de la proposition téléphonique. De plus, il me semblait important d'expliquer le but et les objectifs de la recherche. Enfin, je garantissais l'anonymat et la confidentialité de chacun.

« Bonjour, je vous remercie pour le temps que vous m'accordez. Je suis donc interne en médecine en cours de réalisation de ma thèse. Je souhaiterais donc vous interroger sur le fait d'être ou ne pas être soigné par un médecin généraliste avec qui vous avez un lien préexistant. L'entretien sera anonyme et n'excédera pas 40 minutes. Avec votre autorisation je vais enregistrer l'entretien, afin de retenir un maximum d'idées. »

## **9- Modalités du recueil des données**

Les entretiens ont été dans la majorité des cas réalisés au domicile du patient,

ou dans un lieu neutre (parc, café) au calme.

Ils ont duré entre dix minutes et vingt et une minutes.

Afin de retranscrire la totalité des données, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone après accord du patient.

Le magnétophone peut générer un sentiment de gêne chez l'interviewé. Mais il permet néanmoins de recueillir le maximum d'informations. La simple prise de notes ne suffit pas ; elle risque de ne relever qu'un minimum d'informations. Il est lors de l'entretien important de respecter les silences car ils permettent à l'interviewé de réfléchir (introspection).

### **10- Nombre d'entretiens**

Les entretiens n'ont pas pour but d'être «représentatifs». Ce sont des entretiens qui se répondent les uns aux autres, qui livrent des points de vue singuliers, qu'il faut en suite relier entre eux<sup>(9)</sup>. Les entretiens ont donc été menés jusqu'à saturation des données, soit douze entretiens.

### **11- Population étudiée**

Devant la question «quelles sont les attentes des proches du médecin généraliste?», il est important de définir le terme «proche». Le proche se définit comme quelqu'un qui a de profondes affinités, qui entretient des relations étroites avec quelqu'un d'autre.

J'ai pris contact avec des médecins généralistes des Alpes Maritimes (Cannes, Le Cannet, Mandelieu, Valbonne, Grasse) que j'ai choisi au hasard sur l'annuaire. La prise de contact s'est faite par téléphone. Je leur ai expliqué mon travail de thèse. Afin de répondre à ma problématique je leur ai demandé s'ils acceptaient que j'interroge un de leurs proches. Les médecins ont dans la majorité des cas collaboré, et m'ont donc donné les coordonnées d'un de leur proche. Je ne les ai pas orienté sur la définition du mot proche; je leur ai laissé libre choix de la définition. Après avoir recueilli un listing de coordonnées de proches, j'ai donc pris contact avec ces derniers. Je leur ai de nouveau exposé

mon sujet d'étude et proposé de les interviewer. Aucun n'a refusé. L'échantillonnage homme, femme ou catégorie d'âge a été le fait du hasard, les proches m'étant suggérés par le médecin.

Je me suis refusée de m'entretenir avec mes proches, de peur d'être trop impliquée dans la situation et de ce fait, biaiser le caractère objectif de la situation.

## **12- Retranscription des données**

La retranscription des interviews note mot à mot tout ce que dit l'interviewé, sans en changer le texte, sans l'interpréter et sans abréviation<sup>(10)</sup>. Plutôt que de traiter directement des enregistrements audio ou vidéo, les entretiens ont été retranscrits par écrit pour en faciliter la lecture et en avoir une trace fidèle. J'ai effectué la retranscription le jour même sur un fichier Word, afin d'être encore imprégnée de l'atmosphère de l'entretien, ainsi que des attitudes et du langage non verbal de l'interviewé. En effet, la communication non verbale (silences, gestes, postures,...) complète le message auditif. Elle exprime les émotions, les sentiments, les valeurs<sup>(11)</sup>.

## **13- Analyse des données**

Le but est de réunir des représentations communes, de les analyser dans leur contexte afin de mieux les comprendre.

La première étape a consisté à organiser et à préparer les données à partir de la transcription des interviews.

La deuxième étape concernait le processus de codage. Une analyse longitudinale a été réalisée pour chaque entretien à l'aide d'un code couleur, chaque couleur évoquant un thème. Les mots et expressions porteurs de sens ont été identifiés et ont été organisés en segments appelés unités de codage. Il s'agit de l'étape du codage. Un entretien codé est consultable en annexe. (annexe 3 page 56)

Les thèmes avaient été suggérés dans la littérature lors de la recherche bibliographique et correspondaient à des items de la grille d'entretien. À la lecture des retranscriptions, le texte est codé, fragment par fragment, et réarrangé en une liste de catégories faisant émerger les thèmes principaux. Ces analyses ont ainsi permis de faire émerger plusieurs problématiques. Les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et non pas par leur répétition. Une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires. Une analyse transversale grâce au code couleurs a ensuite permis de regrouper les thèmes.

Douze entretiens ont été réalisés, permettant d'atteindre l'objectif de saturations des données. La saturation d'idée est atteinte lorsqu'il n'a plus de nouvelles idées qui émergent lors des entretiens avec un échantillon donné<sup>(8)</sup>. Les différentes problématiques seront ensuite développées dans la partie discussion.

La troisième étape consistait à préparer l'interprétation en tentant de dégager un certain nombre de thématiques générales à travers les catégories de codage.

Les entretiens ont ensuite été analysés une seconde fois avec cette liste de thématiques ce qui a permis de l'étoffer. Les thèmes communs et les plus pertinents ont été développés dans la discussion.

# RESULTATS

## 1- Description de la population étudiée.

12 patients ont été sollicités et ont accepté de participer aux entretiens. Parmi les 12 entretiens, 7 sont des femmes et 5 sont des hommes. La tranche d'âge s'étend de 15 à 57 ans. L'âge moyen est de 34,7 ans.

Le talon sociologique suivant récapitule les caractéristiques des patients interrogés.

| Entretien | Sexe | Age    | Lien de parenté au médecin | Date de l'entretien | Durée d'entretien |
|-----------|------|--------|----------------------------|---------------------|-------------------|
| A         | F    | 33 ans | Sœur                       | 12 février 2014     | 11 minutes        |
| B         | F    | 36 ans | Collègue de travail/ Amie  | 3 mars 2014         | 13 minutes        |
| C         | F    | 27 ans | Cousine                    | 5 mars 2014         | 11 minutes        |
| D         | M    | 41 ans | Mari                       | 17 mars 2014        | 13 minutes        |
| E         | M    | 33 ans | Ami                        | 26 mars 2014        | 15 minutes        |
| F         | M    | 30 ans | Compagnon                  | 14 avril 2014       | 14 minutes        |
| G         | F    | 26 ans | Cousine                    | 30 avril 2014       | 21 minutes        |
| H         | F    | 24 ans | Sœur                       | 7 mai 2014          | 17 minutes        |
| I         | F    | 15 ans | Fils                       | 26 mai 2014         | 10 minutes        |
| J         | M    | 57 ans | Mère                       | 28 mai 2014         | 17 minutes        |
| K         | F    | 52 ans | Tante                      | 2 juin 2014         | 17 minutes        |
| L         | M    | 42 ans | Mari                       | 2 juin 2014         | 16 minutes        |

Tableau 1 : récapitulatif des caractéristiques des patients interrogés.

## 2- Identification des problématiques

### 2- 1 Avantages à être soigné par un proche

#### 2- 1- 1 Facilité d'accès

Dans la majorité des entretiens il en ressort principalement que le lien

préexistant entre le médecin et son patient facilite l'accès aux soins et la rapidité de prise en charge. Les patients interrogés évoquent la facilité à avoir un rendez vous. Leur médecin proche se rend plus disponible

*«elle me prend souvent entre deux patients c'est pratique d'avoir un rendez vous rapidement... Je l'appelle... et en principe elle arrive à m'intercaler dans la journée... j'ai un rendez-vous rapidement» (entretien B).*

*«c'est plus simple pour avoir un rendez vous...elle arrive toujours à m'intercaler dans la journée entre deux rendez vous. Donc oui, c'est plus facile qu'avec mon médecin..ne fois un dimanche matin... sinon j'aurais dû aller aux urgences ou appeler le médecin de garde... c'est quand même plus contraignant.» (entretien C)*

*« rapidité, facilité... je lui téléphone directement pour le rendez vous... je ne passe pas par son secrétariat... en principe il me prend dans la journée... »(entretien E)*

On retient le gain de temps, la disponibilité du médecin et cela peu importe le jour ou l'heure de la demande.

*«elle est toujours joignable...week-end, nuit, vacances... je sais que je peux l'appeler n'importe quand...» (entretien A)*

*«Sans hésiter le gain de temps; c'est beaucoup plus pratique. Elle est toujours disponible Je ne perds pas de temps. Je n'ai pas besoin de poser une demie journée de congés pour me rendre au cabinet comme le font la plupart des patients.. après ça m'évitait d'aller aux urgences et d'attendre des heures...solution de facilité!» (entretien D)*

*«Il me rempli ma licence vite fait le soir...voire la veille du match » (entretien I)*

## **2- 1- 2 Réassurance**

Certains patients ont évoqué le fait que le médecin qu'il connaissait les



rassurait.

*«J'étais vraiment inquiète... j'avais besoin de son avis de médecin» (entretien B)*

*«Il a été à mon écoute... il a su me reconforter» (entretien E)*

*«Après c'est vrai que d'avoir un médecin dans la famille, ça peut être rassurant, par exemple « Allô, dis moi c'est normal que la fièvre n'ai pas baissé malgré la prise des antibio ?» ...»(entretien G)*

D'autres expriment le fait que le médecin proche peut confirmer un avis médical donné par un autre confrère. Ce deuxième avis donné peut les conforter dans leurs décisions.

*«ça me rassure de savoir que ma sœur est d'accord avec lui... il le confirme... deux avis valent mieux qu'un, non?» (entretien A)*

*«quand je vois le spécialiste, je demande toujours à ma fille ce qu'elle en pense... voir si elle est d'accord avec lui... » (entretien J)*

### **2- 1- 3 Distinction «bobologie», maladie grave**

Plusieurs patients interrogés font la distinction entre les pathologies bénignes et les maladies graves. Le terme bobologie est un terme humoristique pour désigner les traitements des traumatismes sans gravité<sup>(12)</sup>. En effet, les patients disent pouvoir être soignés par un proche lorsqu'il s'agit de pathologie sans gravité.

*«je l'appelle quand j'ai des petits soucis» (entretien A)*

*«Je pense que pour les problèmes chroniques comme ma thyroïde c'est bien d'avoir son médecin... mais après pour les petits bobos de tous les jours, j pense qu'y a pas de souci à être soigné par quelqu'un qu'on connaît... les trucs vite fait c'est plus simple de la voir elle... ça va plus vite... » (entretien C)*

*«Souvent je consulte auprès de mon neveu une fois par an, pour les certificats de sport... il fait le check up complet... poids, taille, tension...mais pour le reste je vois mon médecin » (entretien K)*

#### **2- 1- 4 Proximité du lien**

Dans de nombreux entretiens, on retrouve l'idée que la relation préexistante entre les deux protagonistes de la relation médecin/ patient aide à la connaissance de son patient, facilitant ainsi la prise en charge.

*«elle me connaît depuis toujours, elle ne me pose pas plein de questions. Elle connaît ma vie, mon enfance, ma fille... elle sait tout de moi... on a toujours grandi ensemble... c'est un peu comme ma sœur... du coup c'est simple la consultation... on perd pas de temps...elle va direct à l'essentiel...» (entretien C)*

*« Le médecin qui suit un proche a déjà des connaissances sur la personne suivie euh .. sur son mode, sa qualité de vie . Euh. Que se soit en tant que médecin ou en tant que patient, on sait à qui on a à faire. »(entretien G)*

*« qui me connaît mieux que lui ? » (entretien I)*

#### **2- 1- 5 Lieu de la consultation**

On peut remarquer que de nombreux patients interrogés évoquent que la proximité de la relation leur permet de bénéficier de consultations téléphoniques, ou à leur domicile, levant ainsi la contrainte de se rendre au cabinet. Le médecin se rend disponible quelque soit le lieu de la demande du patient.

*«Je vais donc jamais au cabinet. Le plus souvent c'est des avis par téléphone» (entretien A)*

*«Il lui est même arrivé de venir à la maison» (entretien B)*

*«Et ben il y a bien des fois où à un repas de famille, elle a sorti sa trousse et a examiné un petit de la famille qui n'allait pas.» (entretien D)*

*« nous étions en repas de famille... »(entretien G)*

*« souvent, le soir à la maison, après sa journée de travail, c'est là qu'elle en profite pour m'examiner... » (entretien L)*

### **2- 1- 6 Confiance**

La confiance s'inscrit comme un postulat bilatéral de bienveillance à l'égard de l'autre, permettant de s'ouvrir à l'autre<sup>(13)</sup>. Elle est nécessaire à l'établissement de la relation. Certains patients interrogés pointent du doigt cette relation de confiance qu'il existe entre eux et leur proche.

*«j'ai confiance en elle, et elle est toujours de bons conseils...»(entretien A)*

*«En fait, j'ai confiance en elle... alors pour les conseils de maman, je lui demande...» (entretien C)*

*«j'ai entièrement confiance en ses compétences et son savoir.» (entretien D)*

*« j'avoue que j'ai tellement confiance en lui,... »(entretien E)*

*« certaines personnes peuvent se confier plus à quelqu'un qu'elle connaît mieux. » (entretien G)*

*« j'ai confiance en son savoir... je sais combien elle a ramé pour en arriver là aujourd'hui... » (entretien L)*

### **2- 1- 7 Relation avec les autres spécialistes**

Certains es patients interrogés évoquent la facilité à avoir des rendez vous avec des médecins spécialistes.

*«c'est plus simple pour avoir des rendez vous avec des spécialistes... une fois je voulais un rendez vous avec un gynéco... et ben elle a téléphoné à une de ses connaissances, et la gynéco m'a pris entre deux...» (entretien A)*

*«Après il y a le coté relationnel, où lorsqu'on a besoin de voir un spécialiste, elle a ses connaissances. Elle téléphone à un de ses confrères, ami ou pas, on a souvent un rendez vous plus rapidement que si moi je téléphonais» (entretien D)*

## **2- 2 Inconvénients à être soigné par un proche**

### **2- 2- 1 Manque d'objectivité**

Selon certains patients interrogés, leur médecin proche peut manquer d'objectivité. Elle se définit comme la qualité de quelqu'un à porter un jugement sans faire intervenir des préférences personnelles<sup>(3)</sup>. En effet, le lien préexistant peut être un obstacle à la notion d'empathie; on peut être amené dans cette relation médecin-proche à parler de sympathie plus que d'empathie. Cette notion de sympathie interfère avec l'objectivité professionnelle entraînant soit une attention renforcée avec un excès de prescriptions *«Ma femme s'inquiète au moindre signe...elle me fait régulièrement faire des bilans sanguins... tous normaux... mais bon, elle a besoin de se rassurer. Elle prescrit facilement... je sais pas si c'est être excessif ou prudente. » (entretien D)*, ou à l'inverse une minimisation des symptômes *« on est peut être moins objectif avec sa famille... je le vois bien... souvent au téléphone, elle me dit « c'est rien, ça va passé... » »(entretien A)*. En effet, l'objectivité nécessaire à l'action du médecin s'accommode mal de sentiments, tels que ceux ressentis dans la relation de sympathie.

### **2- 2- 2 Proximité du lien**

Comme je l'ai décrit dans la partie « avantages », certains patients ont répondu que le lien préexistant était un avantage à la consultation grâce à la bonne connaissance du proche . A l'inverse, d'autres patients trouvent qu'il

s'agit plutôt d'un inconvénient parasitant la relation de soin. Selon eux, le médecin néglige l'interrogatoire, pensant déjà tout connaître du patient. Il risque de ce fait de passer à côté de choses essentielles.

*«je pense qu'on se connaît trop en fait... elle connaît tous mes défauts... et moi les siens» (entretien A)*

### **2- 2- 3 Une confusion des rôles**

Les patients pointent du doigt le danger de la confusion des rôles entre rôle de médecin et rôle de proche. *« mais c'est ma sœur, et pas mon docteur. » (entretien A)* De la bonne distance à la confusion des rôles, il n'y a qu'un pas. Le lieu, le moment... influencent cette confusion. *« Effectivement elle est, en fonction des moments ou des lieux un coup amie, un coup docteur... » (entretien B).* *« alors oui c'est un peu différent... il y a un peu de professionnel et beaucoup d'amical. les deux je crois... on est essentiellement amis.. mais au moment de l'examen, du diagnostic... il redevient médecin et moi patient... il sait rester professionnel quand il faut...heureusement d'ailleurs... » (entretien E)* Il est selon eux difficile de ne rester que proche ou de ne rester que médecin. La relation médecin malade se mêle à une relation affective préexistante. *« C'est un médecin certes mais c'est ma cousine avant tout. » (entretien C).* *« Ben malgré tout je suis son mari... et du coup la relation est perturbée... » (entretien D).*

Selon les patients interrogés, il est parfois difficile de séparer l'univers professionnel de l'univers familial ou amical.

*« On se connaît depuis toujours... on est pas des inconnus... Je ne l'appelle pas docteur par exemple... je lui fais la bise... on se voit aux repas de famille... alors oui c'est pas la même relation qu'avec n'importe quel autre médecin. » (entretien C)*

#### **2- 2- 4 La pudeur**

Il existe dans ce genre de consultation une pudeur qui est à la fois psychologique et physique. Le Larousse définit la pudeur comme la retenue qui empêche de dire ou de faire quelque chose<sup>(3)</sup>.

Certains patients trouvent qu'il est difficile de parler de tout avec un médecin que l'on connaît trop. *«c'est peut être pas toujours évident pour tout le monde... »(entretien E)* Lorsqu'ils évoquent cette retenue morale, ils mettent en avant certains thèmes tels la sexualité, la vie de couple, le travail...Il existe un frein à trop se dévoiler. Les patients insistent fortement sur la peur du jugement. *« je pense que je serais plus en difficultés pour aller consulter auprès de mon médecin si nous étions proche en cas de gros soucis de santé. Euh, je pense que j'aurais peur de son regard » (entretien G)*

Sur le plan physique, on retient une difficulté dans l'examen clinique. Les patients sont différemment sensibles au fait de se mettre nu devant leur proche. Le plus difficile semble être lorsqu'il s'agit plus particulièrement d'examen d'ordre gynécologique tels les touchers pelviens. *« c'est si on a un problème au niveau gynéco... j pense que ça doit être délicat... je me vois pas trop à poil devant elle... je suis un peu pudique alors me mettre à nue, dans tous les sens du terme, c'est un peu dur pour moi. »(entretien C)*

#### **2- 2- 5 La durée de la consultation**

En analysant les différents entretiens, on a l'impression que se dégage la notion de brièveté de la consultation. *« c'est plus bref qu'une vraie consultation entre un médecin et un patient x. »(entretien C)*. De part la connaissance accrue du patient *« pas de questions familles, antécédents... » (entretien C)*, les médecins prennent moins le temps... moins le temps de s'attarder sur les antécédents ou le mode de vie, moins de temps pour examiner... les patients ont le sentiment de ne pas être considérés comme des

patients à part entière.

### **2- 2- 6 Observance/ inobservance**

On retrouve l'idée que les proches sont moins observants lorsque le médecin est un proche, respectant moins les consignes données, ou les prescriptions. « *j'irais peut être moins assidûment si c'est elle qui s'en occupait.* »(entretien C), relate une patiente en parlant de sa maladie chronique. Cette relation pré existante entre le patient et son médecin fait tomber les barrières. La familiarité accrue entre les deux n'incite pas le patient à écouter ou suivre les recommandations faites, ce lien faisant perdre de sa crédibilité au professionnel. « *Je respecte ses prescriptions... je l'écoute un peu moins assidûment concernant l'arrêt du tabac...* » (entretien D). Le patient banalise le métier de médecin, et ce d'autant plus qu'il le connaissait avant d'exercer son métier.

### **2- 2- 7 Litiges dans la famille**

Une patiente a exprimé le risque de litiges dans la famille si l'on est soigné par un proche. « *Ça évite aussi d'avoir des litiges avec sa famille.* »(entretien G), précise la seule patiente qui n'est pas soignée par son médecin proche. Ce point n'a pas été développé par la patiente interrogée.

### **2- 2- 8 Le lieu de la consultation**

Nombreux sont ceux qui ont évoqué la différence de statut en fonction du lieu d'exercice de leur proche. Si celui-ci donnait un avis ou faisait une consultation hors cabinet, le patient trouve qu'il perd de sa crédibilité ou de son professionnalisme. « *Lorsque c'est à la maison, c'est plutôt une amie...* »(entretien B)

A l'inverse lorsque la consultation se déroule au cabinet, le médecin retrouve

alors son rôle d'expert ou de professionnel. *« Ben au cabinet, elle prend plus de temps...je sais pas mais la consultation est plus sérieuse...plus crédible...; jsais pas c'est peut être la blouse blanche... »(entretien B) « Je sais pas mais quand je vais au cabinet, je deviens patiente... et du coup elle devient docteur... le cabinet renforce son rôle professionnel. C'est plus sérieux qu'à la maison. » (entretien B)*

### **2- 2- 9 Risque de complaisance**

Une patiente infirmière a soulevé ce point : le risque de complaisance. Elle ne souhaite pas en cas de maladie demander un arrêt de travail à sa sœur médecin de crainte d'être jugée comme ayant profité de son statut de « sœur de ... » Certains y verraient là un avantage de part la facilité à se procurer des certificats médicaux, ou des arrêts de travail. La patiente interrogée, a, elle, du mal à laisser croire qu'elle bénéficie d'avantages. Elle veut être considérée comme n'importe quelle patiente. *« un arrêt de travail signé par ma sœur, donc le même nom de famille...ça peut mettre des doutes à mon employeur... » (entretien H)*

A l'inverse, certains patients y trouveraient là des bénéfices secondaires. *« tu peux avoir le certificat pour le foot rapidement ».(entretien I)*

### **2- 2- 10 Maladies « graves »**

Les patients reconnaissent la difficulté à être soigné par un proche lorsqu'il s'agit de pathologies graves ou chroniques. Ils évoquent le poids de la responsabilité du médecin et donc de leur proche. *«Imagines sous ma forte insistance et qu'il m'arrive quelque chose, c'est sa responsabilité quand même ! »(entretien G)*

Un compagnon insiste sur le fait qu'il a peur de faire du mal à sa compagne si elle devait lui annoncer une maladie grave. Il appréhende le ressenti et les



craintes de son épouse face à la maladie d'un de ses proches. Il est déjà difficile d'annoncer une maladie grave à un patient lambda ; alors le faire à quelqu'un avec qui on entretient des liens amicaux ou familiaux. En effet l'annonce de la maladie grave est difficile pour le patient, mais aussi pour le médecin qui sait toutes les conséquences de celle-ci : l'impact sur la vie professionnelle, la vie privée...

Pour les petits problèmes, le patient ne souhaite pas une réelle relation médecin/ patient; il souhaite être traité rapidement privilégiant alors la facilité d'accès, la rapidité. *«les trucs vite fait c'est plus simple de la voir elle... ça va plus vite... pour mon problème de thyroïde, j'aime avoir à faire à des personnes plus neutres... c'est plus professionnel... non pas qu'elle le soit pas... mais c'est peut être plus sérieux »(entretien C).*

A l'inverse, lorsqu'il s'agit d'une pathologie chronique, il est nécessaire d'établir un projet de soins, avec des rendez vous répétés, une certaine assiduité...qu'il n'est pas aussi évident de respecter quand on connaît trop son médecin. Ses pathologies nécessitent une implication du patient dans un processus de soins. Les patients préfèrent être suivi par un autre médecin que par leur proche.

*« je lui ai demandé des conseils pour l'allaitement de mon fils... elle m'a traitée des infections urinaires... mais par exemple, j'ai un traitement pour la thyroïde... ben ça c'est mon médecin qui s'en occupe.. il me suit, me prescrits des prises de sang... »(entretien C)*

## **2- 3 Le secret médical lorsqu'il existe un lien préexistant entre le patient et le médecin**

Parmi les réponses des patients interrogés, on retrouve la crainte que le médecin dévoile des informations les concernant à d'autres membres de leur entourage.*«qu'elle en parle à quelqu'un de ma famille comme ma mère par*

*exemple, même si je sais qu'il y a normalement le secret professionnel mais... des fois, quand ça touche la famille .... ( rires ), on peut oublier un peu le secret (rires )Euh...personnellement, je pense que ça doit être compliqué. Justement, comme je le disais tout à l'heure, en cas de gros soucis de santé. Euhh, comment dire... ( petit silence ), quand la maladie touche la famille, on veut tous être bienveillant, y compris le médecin. Alors, je pense que oui, ça doit être très difficile pour un médecin de pouvoir garder le secret professionnel.»(entretien G)*

Parmi les réponses, on observe que les médecins, bien que tenus au secret médical, parlent souvent de leurs consultations avec leurs proches. *«sauf ces histoires rocambolesques...»(entretien C) «Il lui est arrivé de me raconter des histoires de consultations un peu loufoques!...» (entretien D) «il lui arrive de me parler de son frère...mais rien de très grave... «tiens mon frère a la crève en ce moment»... voilà quoi!» (entretien E) . Cependant ils savent rester anonymes. «mais toujours de façon anonyme...» (entretien C) «mais toujours de façon confidentielle... elle ne me donne jamais de nom.» (entretien D)*

Par contre, nombreux sont ceux qui respectent le secret médical sans jamais rien divulguer à leurs proches. *«Pour ça ma sœur, c'est une vraie carpe... des fois jlui demande des nouvelles de Pierre ou Paul... elle ne me dit rien...«je respecte le secret médical» me dit-elle, presque à me narguer...» (entretien A)*

## **2- 4 L'argent dans la relation patient/ proche**

D'un côté on retrouve les patients qui pensent qu'il faut payer leur consultation. *« le fait de payer rendait justement la consultation plus professionnelle... ça officialisait le truc... et puis de toute façon jsuis remboursé alors pas de souci pour moi.»(entretien E) «Ben ... euh, c'est quand même son travail, alors si je consulte dans son cabinet, qu'il ou elle me délivre une ordonnance, j'estime normal de devoir le ou la payer»(entretien G)*

Et d'un autre côté, certains pensent au contraire qu'on ne doit pas payer lorsqu'il s'agit d'un proche. *«je vous avoue que je n'ai jamais payé et ça ne m'a même pas effleuré l'esprit»(entretien C) «je n'ai jamais payé...elle ne fait pas payer la famille...» (entretien D)*

Certains précisent qu'ils paient leur consultation s'ils vont au cabinet. Mais s'il s'agit d'avis téléphoniques ou de consultations ailleurs ils ne paient pas, discernant ainsi l'ami du médecin. *« Quand jsuis au cabinet je paie et quand c'est à la maison je paie pas...on différencie l'amie qui rend service et le professionnel qui fait son travail.» (entretien B).*

Une patiente soulève un problème majeur. Il est difficile de différencier un simple avis d'une consultation. En effet l'avis médical n'est-il pas tout aussi important qu'une consultation? La responsabilité engagée n'est-elle pas tout aussi importante ? *« Euhhh ... qu'est ce qui fait qu'on différencie un simple avis, un simple conseil, d'une consultation ?? ou est la limite entre les deux. Parce que est-ce qu'on fait payer un simple conseil ? C'est une question compliquée que tu me poses » (entretien G)*

## **2- 5 Choisir d'être soigné par un proche ou de ne pas être soigné par un proche**

| Patients | Proche = médecin traitant déclaré, médecin référent | Soigné par un proche                |
|----------|---|-------------------------------------|
| A        | <input type="checkbox"/>                            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B        | <input type="checkbox"/>                            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C        | <input type="checkbox"/>                            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| D        | On ne sait pas                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |
| E        | <input checked="" type="checkbox"/>                 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| F        | <input type="checkbox"/>                            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| G        | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/>            |
| H        | <input type="checkbox"/>                            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| I        | <input checked="" type="checkbox"/>                 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| J        | <input type="checkbox"/>                            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| K        | <input type="checkbox"/>                            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| L        | <input checked="" type="checkbox"/>                 | <input checked="" type="checkbox"/> |

Tableau 2: liste des patients soignés ou pas par leur proche.

On peut voir que parmi les douze patients interrogés seuls trois ont déclaré leur proche en tant que médecin traitant. Cependant malgré cette faible proportion, on se rend compte que tous sauf une patiente sont soignés par leur proche. On entend par « soigné », l'avis téléphonique, la consultation pour des symptômes mineurs ou au contraire des maladies plus graves. Il existe donc un paradoxe entre le fait de ne pas déclarer son proche en tant que médecin traitant référent et de se faire quand même soigner par lui. On peut dire qu'il existe une crainte à le déclarer de façon officielle. Mais dans « la vraie vie » quasi tous ont déjà sollicité leur proche. Quelles sont leurs attentes lorsqu'ils demandent à leur proche de les soigner ? Pour certains c'est le facteur temps qui prime avec la facilité d'accès. Pour d'autres, c'est la connaissance de son proche et de ses compétences. En demandant un soin à leur proche, ils leur demandent surtout de la réassurance.

# DISCUSSION

## 1- Forces et limites de l'étude

### 1- 1 critères de scientificité

« La valeur d'une recherche scientifique est en grande partie dépendante de l'habileté du chercheur à démontrer la crédibilité de ses découvertes. » <sup>(14)</sup>.

#### Conditions d'entretiens adaptés

L'heure et le lieu de l'entretien étaient définis par le patient interrogé lui même en fonction de ses disponibilités. Le facteur temps n'a donc pas influencé la durée des entretiens.

#### Un échantillon varié

On peut noter que parmi les douze entretiens réalisés, il y a cinq hommes et sept femmes. On constate également qu'il y a plusieurs liens de parenté au médecin. Concernant l'âge des interviewés, on remarque qu'il y a un panachage des générations.

#### Un questionnaire testé au préalable

La grille d'entretien a initialement été testée auprès d'un membre de ma famille. A la suite de cet entretien test, la grille n'a pas été modifiée mais j'ai ensuite été plus à l'aise avec les patients. Cet interview n'a pas été retenu pour l'étude.

#### La saturation des données

La taille adéquate d'un échantillon est celle qui permet d'atteindre la saturation théorique. Elle est atteinte lorsqu'on ne trouve plus de nouvelles informations capables d'enrichir la théorie. Elle a été atteinte après avoir réalisé douze entretiens

#### L'analyse à la main

Le fait de faire l'analyse à la main m'a permis de mieux m'imprégner des entretiens. De plus, elle privilégie une certaine rigueur.

### La confrontation des résultats aux données de la littérature

Elle est exposée dans l'analyse des résultats.

## **1- 2 Limites de l'étude**

Les patients interrogés savaient qu'ils étaient enregistrés. Ce paramètre a pu modifier leur discours leur imposant inconsciemment une certaine retenue dans leurs réponses. Pour être le moins invasif possible, le dictaphone a été positionné le plus discrètement possible afin que le patient puisse faire abstraction de cet élément extérieur.

Le principal biais de l'étude réside dans la durée moyenne des entretiens, courte pour une étude qualitative. Ce biais repose probablement sur le contenu du guide d'entretien, avec des questions qui se sont voulues le plus larges possible afin de ne pas influencer les réponses des interviewés. Les relances avaient été volontairement limitées par crainte d'être perçues comme directives.

Dans la littérature, on peut lire la nécessité de réaliser une triangulation des données afin de valider les résultats de l'étude. Celle-ci n'a pas été réalisée dans notre étude.

## **2- Analyse des résultats**

### **2- 1 Points positifs à être soigné par un proche**

La facilité d'accès aux soins semble être, de loin, le meilleur avantage à être soigné par un proche selon les patients. En effet, les patients interrogés

soulignent tous ce point positif avec par exemple la facilité à avoir un rendez-vous avec leur médecin proche. Cela soulève donc la difficulté d'obtenir ce rendez-vous lorsque le médecin n'est pas un proche. Pourquoi y a-t-il autant de difficultés à obtenir ce rendez-vous rapidement? Il s'agit probablement d'une surcharge de travail de la part du médecin, ne pouvant ainsi satisfaire tout le monde, avec des délais d'attente de plus en plus longs. Le sondage réalisé par l'Ifop début octobre 2012 pour le cabinet de conseil spécialisé en santé Jalma, révèle que 59% des Français renoncent à se soigner à cause de la difficulté de décrocher une consultation rapidement<sup>(15)</sup>.

Lorsqu'il existe un lien entre le médecin et le patient, les patients passent souvent outre la case «secrétaire», en appelant directement leur proche. Ainsi, ils obtiennent directement leur rendez-vous et cela même si l'agenda du médecin est déjà complet. Le médecin, de part sa sympathie envers son proche, semble avoir du mal à lui refuser un rendez-vous dans la journée et se rend plus disponible.

De ce fait, il existe un risque de saturation du médecin avec les demandes surajoutées des familles. Les plaintes ou demandes récurrentes des patients proches risquent de perturber les relations amicales ou familiales préexistantes. Sans cesse sollicité, il est difficile au médecin de faire respecter un temps personnel de repos. Il s'agit donc là d'un avantage pour le patient, mais pas toujours pour le médecin.

La qualité des soins paraît meilleure de part la bonne connaissance du patient par le médecin et la relation de confiance accrue qu'il existe entre les deux. En effet, dans cette relation soignant-soigné, l'adéquation est une chose fondamentale. Cungi définit l'alliance thérapeutique comme une collaboration active où la patient et le médecin travaillent ensemble<sup>(16)</sup>. La confiance est une condition nécessaire à l'établissement de cette alliance thérapeutique. Sur le plan psycho-thérapeutique, Freud aborde ce concept pour la première fois

comme supposant un "intérêt sérieux" et une "compréhension bienveillante" de la part du thérapeute pour développer un engagement réciproque.<sup>(17)</sup>

La relation avec les autres spécialistes semblent également être améliorée de part le lien préexistant entre le médecin et son patient. Les informations médicales sont difficiles à comprendre, et il peut alors être utile d'avoir «quelqu'un du milieu» dans son entourage, qui est accessible<sup>(18)</sup> et à même de vous expliquer les choses avec des termes plus simples.

Les patients demandent à leur proche de leur recommander tel ou tel confrère<sup>(19)</sup>.

Dans des travaux réalisés sur le ressenti des médecins, la difficulté dans cette relation proviendrait parfois du spécialiste lui-même qui suggère au patient de voir directement avec son proche médecin<sup>(20)</sup>. «*parlez en à votre père...il vous expliquera...*». Le spécialiste a tendance à déléguer certains soins<sup>(21)</sup>.

On peut donc constater que tous ces avantages soulevés par les patients, ne sont en effet pas toujours des avantages pour le médecin. Les points de vues diffèrent entre eux.

## **2- 2 Le manque d'objectivité**

*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.<sup>(22)</sup>

En effet, la difficulté majeure à soigner un proche semble être le risque de manque d'objectivité. Il semble évident que celle-ci risque d'être compromise lorsque le patient est un membre de la famille<sup>(18)</sup>. Il est difficile, même si c'est la règle, de traiter son proche avec le même professionnalisme et jugement qu'un autre patient.



Selon le code de déontologie médical « *Article 5 : Le Médecin doit soigner avec la même conscience tous ses malades quel que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent.* »

D'un point de vue sociologique, Parsons a démontré la nécessité d'une neutralité affective, qui interdit au médecin d'éprouver des sentiments personnels à l'égard de son patient. Il se doit d'avoir une attitude universaliste, où tous les patients seront traités de manière égale<sup>(23)</sup>.

Mais l'empathie est difficile à définir ; selon Balint, elle se résume dans ces mots : « La capacité d'écouter est une aptitude nouvelle, qui exige un changement considérable, bien que limité, dans la personnalité du médecin. A mesure qu'il découvrira en lui la capacité d'écouter ce qui chez son patient est à peine formulé, car le patient lui-même n'en est qu'obscurément conscient, le médecin commencera à écouter un même type de langage en lui-même. »<sup>(24)</sup>

Cependant, lorsque le médecin traite un de ses proches, la relation d'empathie prend la forme d'une relation de sympathie, de part la proximité affective. L'objectivité nécessaire à l'action du médecin s'accommode mal de sentiments subjectifs. L'objectivité demande de la distance, et trouver cette distance à l'intérieur d'une relation étroite est un art délicat. Pour le Pr Consoli, l'attitude empathique est l'une des composantes de la bonne « distance » à avoir lors d'une consultation : « se sentir suffisamment proche, mais pas trop. »<sup>(25)</sup> Lorsqu'il s'agit d'une relation entre proches, la compréhension du médecin face à son patient évolue vers une situation où le médecin se met à vivre et à ressentir lui-même ce que le malade éprouve. Il est alors difficile de faire la distinction entre empathie, sympathie et compassion. L'objectivité est alors altérée<sup>(2)</sup>. L'anxiété semble majorée, et de ce fait le jugement modifié<sup>(26)</sup>. Un médecin n'est pas un robot, c'est un être humain, avec ses limites. Il lui est difficile de rester totalement neutre.

Le médecin va soigner un ami, un proche ou une personnalité avec une attention renforcée, des précautions supplémentaires, qui peuvent être aussi bien bénéfiques que nuisibles. En découle, par exemple, un risque de sur-prescriptions médicamenteuses ou d'examens complémentaires. En effectuant trop d'examens, cela peut entraîner des sur-diagnosics avec de nombreux faux positifs. L'excès de prescriptions médicamenteuses risque de provoquer une augmentation des effets indésirables. A l'inverse, ce manque d'objectivité peut faire minimiser les symptômes du patient. Le patient proche peut craindre de ne pas être pris au sérieux et de ce fait, de ne pas être considéré comme un « vrai malade ». Lorsque l'on interroge les médecins, certains refusent de soigner leurs proches parce qu'ils ont conscience de ce manque d'objectivité<sup>(1)</sup>.

Afin de pallier à ce manque d'objectivité, les patients et les médecins dissocient les pathologies bénignes, souvent qualifiées de « bobologie », des maladies plus graves. Selon le docteur PELTZ-AÏM<sup>(27)</sup>, la bénignité d'une pathologie n'engendrant pas la mise en jeu du pronostic vital, les médecins acceptent plus facilement de soigner leur proche. Les conséquences sont moindres. On traite le symptôme sans chercher à explorer.

La perturbation de sa rationalité semble aussi suggérée par le lieu de son exercice. Des consultations réalisées au domicile du patient ou parfois même par téléphone contribuent à ce risque de manque d'objectivité. Selon les patients, le professionnalisme, la bonne distance sont renforcés lorsqu'ils consultent au cabinet. Il est impératif de garder à l'esprit qu'il existe une distance spécifique à tout degré d'interaction comme en témoigne le concept de la proxémie de l'anthropologue HALL E.T : une distance familiale, amicale, sociale, amoureuse, thérapeutique... La distance thérapeutique fait partie intégrante de la relation de soins<sup>(28)</sup>.

La pudeur psychologique et physique est également une barrière au jugement

du médecin. Celle-ci diffère en fonction de la société à laquelle nous appartenons, nos valeurs ou origines. En tant que soignant, on doit se garder d'une implication émotionnelle trop importante afin de préserver le recul nécessaire à la sérénité professionnelle. Sinon, la prise en charge médicale peut alors être incomplète, aussi bien sur le plan de l'interrogatoire que de l'examen clinique. En effet, les membres de la famille ne désirent peut être pas partager leur intimité avec leurs proches<sup>(2)</sup>; autant le médecin ou le patient peuvent faire des omissions volontaires ou non. Le professionnalisme et la neutralité sont alors teintés par la familiarité et par des fausses présomptions, ce qui fait que la qualité des actes médicaux alors prodigués peuvent en souffrir<sup>(2)</sup>. On relève par exemple, que la vaccination des enfants est le plus souvent incomplète lorsque le médecin traite ses propres enfants<sup>(1)</sup>. Certains évoquent un risque de mauvaise prise en charge. Croyant bien connaître son patient, le médecin peut oublier de poser certaines questions, et le patient omettre de donner des informations<sup>(29)</sup>. Ainsi lorsque le médecin traite un proche, il n'a peut être pas accès à toutes les informations pertinentes nécessaires au diagnostic<sup>(2)</sup>. Par retenue, le patient n'osera pas dire qu'il a eu une relation extra conjugale, qu'il a des difficultés au travail, ou qu'il se sent déprimé...Il s'agit de la pudeur psychologique.

Le secret médical s'impose au médecin, mais il ne semble pas toujours respecté. Il devrait plutôt faciliter la consultation en limitant la retenue des patients. Or, il en ressort une crainte des proches de dévoiler certaines informations sensibles ou non à des membres de la famille. Il est peut-être par conséquent difficile pour le médecin de cerner la gravité d'une situation lorsque tout n'est pas révélé.

Il en est de même pour l'examen physique qui peut être incomplet de part la pudeur réciproque. Le vieil adage médical « naturalia non turpia », soit il n'y a pas de honte à ce qui est naturel, ne semble pas toujours évident <sup>(30)</sup>. Chaque culture, chaque religion a sa propre représentation du corps. Dans certaines

sociétés, le toucher est très codifié ; il renvoie à la sexualité et est ressenti comme érogène, synonyme d'attouchement.

Cette question de la pudeur se pose aussi aux autres patients, sans qu'il y ait un lien amical avec le médecin.

### **2- 3 La confusion des rôles**

Préciser sa place de médecin permet de clarifier la responsabilité de chacun dans la consultation. Le médecin, le patient doivent pouvoir identifier leur champ de compétence spécifique. Chacun doit demeurer dans son rôle et sa mission pour adapter son intervention aux nécessités du patient concerné. C'est ce qui permet de travailler en articulation.

Dans la relation médecin-malade, il est difficile pour le médecin ou le patient de dissocier son statut de proche de celui de médecin ou de patient. De ce fait les limites de la relation thérapeutique sont mal définies et parfois même transgressées<sup>(2)</sup>. Il peut donc s'agir à la fois d'un avantage mais aussi d'un inconvénient lorsque le médecin souhaite préserver ses temps de repos et d'intimité et ne pas examiner ses proches lors de repas de famille ou à la maison.

Lorsqu'il s'agit de la santé d'un proche, le médecin doit garder avant tout son rôle de proche, mais cependant, il lui est difficile de part son savoir de médecin de n'être que la fille de, ou le père de<sup>(20)</sup>. « Son cœur balance entre deux... rester la fille...être le soignant... », il n'y a pas de règles, mais il est difficile de trouver le juste équilibre.

La difficulté de cette ambivalence peut venir du patient qui a du mal à ne considérer son proche que comme un proche et non comme un médecin. Le proche ne peut s'empêcher de demander un avis, un conseil, même si l'on est hors cabinet. Inconsciemment, il existe une pression de la part de la famille<sup>(29)</sup> qui peut influencer les décisions du médecin. Comme je le disais

précédemment, il est difficile de garder la bonne distance. Même s'il existe une demande accrue de la part des patients, la difficulté provient également du médecin. Il lui est difficile de faire abstraction de son savoir.

Afin d'aider à cette prise de conscience, certains patients précisent qu'il est nécessaire que la consultation se passe au cabinet. Cela permet de séparer l'univers professionnel de l'intimité de la maison. Dans la thèse du Dr DAGNICOURT<sup>(21)</sup>, on peut lire qu'il est nécessaire pour le médecin de respecter un espace personnel privé.

Afin de préserver une certaine qualité de vie, certains médecins soulèvent la nécessité de mettre un cadre dès le départ à la relation de soin en fixant des règles; venir au cabinet, prendre un rendez vous...

Cette ambivalence des rôles influencent la qualité des soins, le respect du secret médical, l'observance des patients, les liens préexistants.

D'ailleurs, d'un point de vue éthique, aux États Unis, il n'est pas recommandé de se soigner, ou de soigner un membre de sa famille<sup>(31)</sup>.

## **2- 4 Observance/ inobservance**

L'observance est la capacité des patients à suivre une prescription ordonnée par le médecin<sup>(3)</sup>. L'observance est un élément clé du succès d'une prise en charge thérapeutique. Or, il semble que la confusion des rôles décrite précédemment influence celle-ci.

La mauvaise observance est un problème de santé publique puisque dans la population générale, elle est d'environ 50% <sup>(32)</sup>. Elle est source de iatrogénie, d'errances.

Le fait que son médecin soit un proche peut influencer dans les deux sens. De part un excès de confiance envers le savoir et le statut de son proche médecin, le patient qui souhaite ne pas le décevoir peut suivre à la lettre les recommandations ou prescriptions qui lui sont faites. A l'inverse, le patient peut ne pas le considérer comme un « vrai » médecin, le connaissant également sous un autre angle, et dans ce cas là être moins assidu envers ses prescriptions. Un conseil provenant de sa famille est considéré comme moins bon que le même conseil donné par un étranger, un médecin neutre<sup>(2)</sup>. Ainsi, un défaut d'adhésion du malade dans le choix des traitements engendrerait des risques plus importants de mauvais suivi du traitement et de moins bon ressenti des effets secondaires.

Certains médecins considèrent que le patient est plus à même de suivre une prescription lorsque la consultation est payée<sup>(29)</sup>. En quoi l'argent modifie t-elle la relation thérapeutique ?

## **2- 5 Le rapport à l'argent**

Lorsque vous consultez un médecin dans le cadre du parcours de soins coordonnés par votre médecin traitant, vous bénéficiez d'un taux de remboursement de 70 % du tarif conventionnel. Le reste est en principe pris en charge en totalité par la complémentaire santé<sup>(33)</sup>. Par conséquent, la consultation est quasi gratuite pour le patient ; il doit simplement faire l'avance des frais.

A noter qu'à ce jour, la généralisation du tiers payant est en pourparler afin d'accroître l'accessibilité des soins pour les plus précaires, en levant l'obstacle financier de l'avance des frais. La généralisation du tiers payant apparaît ainsi légitimement comme une avancée dans la lutte contre le renoncement aux soins. Bien que soutenue par l'assurance maladie et les mutuelles, elle est combattue par la plupart des syndicats médicaux qui y voient, outre un

alourdissement potentiel des contraintes administratives des médecins, une atteinte à un des principes fondateurs de la médecine libérale qu'est la rémunération directe du médecin par son patient<sup>(34)</sup>.

On voit déjà là le désaccord entre les différents acteurs de la santé. Le médecin semble attaché au règlement du patient à la fin de sa consultation, afin de le responsabiliser. "*Transformer la carte Vitale en carte de paiement, c'est déresponsabiliser le patient et banaliser l'acte médical (...)*. La gratuité induit des comportements différents", explique dans les colonnes du *Parisien* Jean-Paul Ortiz, président d'un syndicat de médecins, la Confédération des Syndicats Médicaux Français.

Cependant, en interrogeant les patients, on peut remarquer que nombreux sont ceux qui ne paient pas leur consultation quand le médecin généraliste est un proche. Dans la littérature, on peut lire que les médecins refusent catégoriquement de faire payer la consultation à leur proche. La notion de coût peut être vectrice de difficultés dans la relation thérapeutique et la gestion de distance relationnelle. A l'inverse, pour certains médecins, c'est une solution pour cadrer la consultation et mettre une barrière entre le proche et son médecin. Il s'agit d'une forme de contrat permettant de maintenir la bonne distance, la gratuité dévalorisant l'acte de soins selon certains médecins.

Il est de même difficile en médecine de savoir «quoi faire payer?» : une ordonnance? Un simple conseil? Un entretien sans enjeu biomédical? En fonction de la gravité de la pathologie? De la durée de la consultation? Ou du niveau économique de son patient? Il semble qu'il n'existe pas de réponse tranchée. Avant de commencer à exercer, le médecin prête serment. Le serment d'Hippocrate peut être considéré comme le principe de base de la déontologie médicale<sup>(12)</sup>. « *je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.* » C'est à nous, médecin, Homme, d'adapter notre demande de paiement au patient.

## **2- 6 Le secret médical**

Le respect de la vie privée et le secret médical sont deux droits fondamentaux du patient. Selon l'article L1110-4 du code de santé publique, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé.

Or, quand la sympathie prend le dessus sur l'empathie du médecin, il existe un risque de divulguer certaines informations. Il existe une forme de bienveillance comme le précise une patiente; et le médecin par souci de bien faire, en tant que médecin, mais surtout en tant qu'oncle, père ou ami, peut dévoiler des informations qui sont sujettes au secret médical. La familiarité préexistante ou la relation amicale, incite à tort au partage d'informations dans le cercle familial<sup>(19)</sup>. La confidentialité est plus difficile à maintenir lorsque l'on partage la même famille et que celle-ci insiste pour avoir «des nouvelles» du proche qu'on traite<sup>(2)</sup>.

Cette difficulté à respecter le secret médical est également présente lorsque l'on traite les membres d'une même famille sans forcément lui être proche. Soigner les patients d'une même famille présente un « conflit d'intérêts » et un problème de confidentialité<sup>(35)</sup>.

## **2- 7 Soignant mais pas médecin traitant**

Afin de bénéficier d'un suivi médical coordonné et d'une prévention personnalisée et pour obtenir un meilleur remboursement, le patient doit choisir et déclarer un médecin traitant<sup>(33)</sup>. En effet, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, les personnes de 16 ans et plus qui n'ont pas de médecin traitant déclaré ou qui consultent directement un médecin spécialiste sans passer par leur médecin traitant sont moins remboursées.

Dans notre étude, on constate que tous les patients à l'exception d'une ont



déjà été soignés au moins une fois par leur proche. Cependant, ils ont pour la plupart déclaré un autre médecin traitant. Un autre écueil possible est la difficulté à être perçu par ses proches comme un thérapeute à part entière. C'est notamment le cas lorsque le patient a connu le thérapeute avant qu'il ait été praticien.

Nombreux sont ceux qui ne changent pas de médecin traitant; ils gardent celui ou celle qu'ils ont depuis leur enfance. La stabilité du médecin généraliste, dans son lieu d'exercice au cours du temps, en fait l'interlocuteur santé central des familles pendant de nombreuses années. Plus de 80 % des assurés sociaux ont le même médecin généraliste depuis plus de 5 ans<sup>(4)</sup>.

# CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en avant les points de vue des patients à l'égard de notre profession de médecin lorsqu'il existe un lien avec eux. On constate que les avis diffèrent faisant ainsi émerger la difficulté de la situation et de cette relation médecin- patient proche.

Il existe des avantages à cette situation comme la facilité d'accès, la qualité des soins ou la relation avec les autres spécialistes. En contre partie on peut relever des inconvénients à cette relation, comme le manque d'objectivité ou la confusion des rôles. Ces points négatifs peuvent avoir des conséquences péjoratives sur la relation de soins.

Il ressort aussi de ce travail qu'il est fondamental d'instaurer entre le médecin et le patient-proche un cadre dès le départ. Il facilite le soin pour le médecin, et officialise la relation médecin-malade pour le patient. Le fait d'exercer son savoir au cabinet, de faire payer la consultation peuvent être des exemples de règles à instaurer afin de limiter le manque d'objectivité. Cependant, ces règles sont elles toujours valables au fur et à mesure de notre exercice ? Notre maturité, notre expérience, sont des facteurs influençant nos décisions.

Concernant la confusion des rôles, il est essentiel en tant que médecin de savoir « passer la main » à un autre confrère, si la sympathie prend trop le dessus sur l'empathie. Il faut savoir être honnête avec notre proche et avec nous même, oser dire nos difficultés, notre malaise à suivre tel ou tel proche ; quand les liens affectifs sont trop forts, ils interfèrent avec l'objectivité nécessaire à l'exercice de notre profession et donc sur la qualité des soins prodigués.

Plus de 80 % des assurés sociaux ont le même médecin généraliste, très souvent désigné médecin traitant, depuis plus de 5 ans. Qu'en est-il de ce lien qui se crée entre le patient et son médecin ? Ne deviennent-ils pas proches à leur tour en l'absence de tout lien familial ou amical ? La réflexion nécessiterait d'être poursuivie en interrogeant ces patients qui ont le même médecin depuis plusieurs années.

# BIBLIOGRAPHIE

- 1- La Puma J, Stocking CB, La Voie D, Darling CA. When physicians treat members of their own families, Practices in a Community Hospital. The New England Journal of Medicine, 1991 ; vol 325 N°18 : 1290-1294.
- 2- Mailhot M. Une réflexion sur le médecin, thérapeute de sa famille. Le Médecin de famille canadien, 2002.
- 3- [www.larousse.fr](http://www.larousse.fr), consulté le 20 juin 2014.
- 4- SFMG. Le patient et son généraliste « médecin traitant ». Septembre 2010.
- 5- Hammer R. La confiance dans son médecin. Primary Care, 2006;6: Nr. 18 : 337-339.
- 6- Aubin-auger I, Mercier A, Baumann L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008;vol 18 n°84:142-145.
- 7- Paul Van Royen et al. Cours d'introduction à la recherche qualitative. Institut médecine tropicale de Bruxelles, décembre 2007
- 8- Touboul P. Présentation de la recherche qualitative. Séminaire de thèse, 2011. [www.nice.cnge.fr](http://www.nice.cnge.fr)
- 9- Lefevre N. L'entretien comme méthode de recherche. LEFEVRE Nicolas Master 1 SLEC – Méthodes et techniques d'enquête.
- 10- Andreani JC, Conchon F. Méthode d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing. 2005
- 11- Terrier C. La communication non verbale. Septembre 2013

- 12- [www.wikipédia.fr](http://www.wikipédia.fr), consulté le 14 juin 2014.
- 13- Santin A. La relation de soin: une question de confiance? Espace Éthique, région Île de France, 07 Mai 2009.
- 14- Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques* 2004;10:79-86.
- 15- IFOP. L'observatoire de l'accès aux soins. *JALMA*, 2012 : 7.
- 16- Cungi C. L'alliance thérapeutique. *Les grands dossiers des Sciences humaines* . 2009 N°15
- 17- Freud S. *La technique psychanalytique*. 1918.
- 18- Erik K, Neil J, Stewart F. What do you do when your loved one is ill ? The line between physician and family member. *Annals of internal Medicine*. American College of Physicians, 2008 : 825-829.
- 19- Gregory L. When relatives and friends ask physicians for medical advice : ethical, legal, and practical considerations. *J Gen Intern Med* 24 (12) 2009 : 1333-1335
- 20- Chen F. Role conflicts of physicians and their family members : rules but no rulebook. *West J Med* 2001 ; vol 175 : 236-239
- 21- 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 d'exercice, Angers, 2012.
- 22- Collectif d'Étude, de Développement et de Recherche en Ethnomédecine, *La difficulté à soigner ses proches*.
- 23- Stoetzel J. La maladie, le malade et le médecin : esquisse d'une analyse psychosociale. *Pop.* 1960 ; 15(4) : 613-624.

- 24- Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : édition Payot & Rivages ; 1996.
- 25- Consoli SM. Relation médecin-malade. EMC référence. 2004 ; 15-35.
- 26- La Puma J, Priest R. Is there a doctor in the house ? An analysis of the practice of physicians treating their own families. JAMA, 1992 ; 267 : 1810-1812.
- 27- Peltz-Aïm J. Comment les médecins se positionnent-ils vis à vis des maladies de leurs proches ? Thèse d'exercice, Paris Diderot-Paris 7, 2012.
- 28- Mathieux N. La bonne distance dans la relation médecin-patient : travail à partir de 17 cas de plainte en lien avec des pratiques relationnelles inadaptées. Thèse d'exercice, Poitiers, 2004.
- 29- Hill H, Hill M. When your mother wants a script : The ethics of treating family members. PA Quandaries, 2011 ; 24(2) : 59-60.
- 30- Guillame (Bettan) G. Place de la pudeur physique lors de l'examen clinique en médecine générale. Étude qualitative. Thèse d'exercice, Paris, 2012.
- 31- AMA Council on Ethical and Judicial Affairs. Code of Medical Ethics. 2000-2001 ed. Chicago : American Medical Association Preqq ; 2000.
- 32- Golay A, Nguyen M. Améliorer l'observance médicamenteuse. La revue médicale Suisse. N°2480
- 33- [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr), consulté le 14 juillet 2014.
- 34- Le monde.fr, La généralisation du tiers payant : oui mais..., 23-06-2014
- 35- Pless C. Les médecins de famille devraient ils suivre les membres d'une même famille ? Non. Canadian Family Physician. 2011 vol. 57 no. 4 407-409

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : fiche de projet de thèse validée par la cellule thèse

### FICHE DE PROJET DE MÉMOIRE THÈSE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

La fiche concerne un projet de : THESE

Nom de l'interne : DA SILVA Mélanie  
Résident ou DES : DES 3  
E-mail : melaniedasilva@live.fr  
Semestre de DES : 6eme  
Nom du directeur de recherche :Dr CAPRINI  
E-mail : caprini@orange.fr  
Spécialité et type d'exercice du directeur: MG

La fiche a-t-elle été validée par le directeur ? (Conseillé +++):

**THÈME (général) et sujet (précis) :**  
QUAND LE MEDECIN GENERALISTE SOIGNE SES PROCHES.

#### **ETAT DE LA QUESTION - JUSTIFICATION/PROBLEMATIQUE :\***

En tant que futur médecin généraliste, je me pose les questions suivantes « m'est il possible de soigner mes proches ? » et « qu'attend ma famille de moi, médecin ? ».

#### **1- Versant médecin :**

Dans la population médicale, combien de médecins ont décidé de soigner leurs proches. Dans l'étude de LA PUMA 83% des médecins interrogés ont déjà prescrit des médicaments à un membre de leur famille. Selon cette étude il est nécessaire, lorsque l'on soigne notre famille, d'avoir toutes les données médicales, ainsi qu'une formation adéquate.<sup>1</sup>

Quelles sont les difficultés à soigner sa famille ?

Objectivité, implication, pudeur...

*Difficultés à traiter les pathologies psychiatriques ou les problèmes d'addictions, les problèmes psychologiques .<sup>2</sup>*

*On peut se sentir plus préoccupant qu'avec un patient habituel.<sup>2</sup>*

*Ne pas oublier de faire un examen clinique complet, même les parties intimes.<sup>2</sup>* Se pose alors le souci de l'intimité, de la pudeur de notre patient/famille.

Quels sont les points positifs à être le soignant de la famille ?

N'existe-t-il pas une confusion des positions ?

#### **2- Versant patients : leurs attentes, leur ressenti**

Interne en médecine aujourd'hui, médecin généraliste demain, j'entends souvent mes proches me dire : « tu seras notre médecin de famille », « on aura des arrêts de travail facilement. »...  
Quelles sont les attentes des membres de ma famille ?des familles, des relations amicales ?

## Quel est le ressenti des proches ?

### **3- Officiellement :**

#### Sur le plan médico légal :

Pas de texte de loi officiel. Pas de recommandations de bonne pratique.

« Article 5 : Le Médecin doit soigner avec la même conscience tous ses malades quel que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent. (Code de déontologie médicale) » ; Cependant avons-nous la même objectivité en soignant un malade x, qu'un malade-proche. Le médecin doit aussi s'efforcer de ne pas être influencé par les sentiments ou le lien préexistant. L'influence peut être à l'inverse excessivement favorable : le médecin va soigner un ami, un proche ou une personnalité avec une attention renforcée, des précautions supplémentaires, qui peuvent être aussi bien bénéfiques que nuisibles. L'objectivité nécessaire à l'action du médecin s'accommode mal de sentiments subjectifs.<sup>5</sup>

« Article 2.- Hors les cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité ou à ses obligations d'assistance, un médecin a toujours le droit de refuser sauf urgence ses soins pour des raisons professionnels ou personnels. Il doit s'assurer cependant que celui-ci sera soigné et doit fournir à cet effet les renseignements nécessaires. » <sup>5</sup>. Comment faire comprendre à une mère, un oncle, ou un enfant...qu'il n'est pas possible d'être leur médecin traitant.

Selon « the American medical Association » les médecins traitants ne devraient pas soigner leur propre famille, les sentiments pouvant influencer leur jugement médical.<sup>6</sup>

Dans les études ou les thèses déjà écrites, il n'a pas été étudié le versant patient. En effet, nous ne connaissons pas les attentes ou le ressenti de famille de médecin généraliste, ne reflétant qu'une facette de la problématique. Cette suggestion a d'ailleurs été soulevée dans la thèse de Dagnicourt P, où seuls les médecins généralistes ont été interrogés.<sup>7</sup>

1 La Puma J, Stocking CB, La Voie D, Darling CA. When physicians treat members of their own families, Practices in a Community Hospital. The New England journal of medicine 1991;325(18):1290-1294. (Society for General Internal Medicine. Annual Meeting, Seattle WA, ETATS-UNIS (01/05/1991)

2 "Doctoring" Doctors and Their Families Stuart A. Schneck, MD

3 Headache. 2007 Jan;47(1):58-64. A survey of neurologists on self-treatment and treatment of their families. Evans RW, Lipton RB, Ritz KA. Department of Neurology and Neuroscience, Weill Medical College of Cornell University, New York, NY, USA.

4 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;267:1810-1812.

5 Code de déontologie médical

6 American Medical Association Opinion 8.19 - Self-Treatment or Treatment of Immediate Family Members

7 Dagnicourt P. SOIGNER SES PROCHES, UNE ATTITUDE A RAISONNER ?

Réflexion sur les interférences entre la relation de soin et la relation préexistante par enquête qualitative, Thèse de médecine, Angers, 2012.



**QUESTION :**  
**OU PROBLEME QUE LE TRAVAIL VISE A ANALYSER ET A COMPRENDRE**

Être médecin généraliste de sa propre famille.

**OBJECTIF(S) :**

**Objectif principal :**

L'objectif principal de l'étude est d'avoir le ressenti des médecins et des familles face à ce lien entre le médecin et son patient, le lien de parenté.

**Objectif(s) secondaire(s)**

A travers ce sujet, et ce travail, je souhaite avoir le point de vue de confrères et de famille de médecin; connaître leur expérience.

A mon avis, la réponse ne sera probablement pas nette « oui, il faut soigner ses proches » ou « non, il ne faut pas ». Mais il ressortira de cette étude les inconvénients et les avantages, permettant de se positionner dans ce choix de soigner ou pas ses proches.

**MÉTHODE(S) :**

**1) type d'étude**

Étude qualitative.

Je pense faire des entretiens semi dirigés individuels avec des médecins généralistes ainsi qu'avec des patients ayant un médecin dans leur entourage.

Les entretiens avec les médecins se feront à leur cabinet ou par entretien téléphonique. Concernant les médecins à interroger, je pense prendre la liste des médecins généralistes maîtres de stage à la faculté de médecine de Nice. Je les contacterais par téléphone et leur proposerais de les rencontrer ou de les entretenir par téléphone. Afin de recueillir un maximum d'idées, je pensais interroger 10 médecins. L'entretien ne devra pas excéder 30 min. Je les interrogerais d'abord sur leurs conditions de travail (leur ancienneté, le milieu rural ou urbain), puis sur leur position face à la question de soigner ou pas sa famille ; quels en sont pour eux les avantages et les inconvénients ? Agissent-ils différemment selon qu'il s'agisse d'un patient x ou d'un patient proche ? N'y a-t-il pas de difficultés à garder le secret médical ? Est ce que vous pouvez me décrire une situation qui a été difficilement gérable pour vous, et pourquoi ? La grille d'entretien sera faite de questions ouvertes me permettant de recueillir un maximum d'informations jusqu'à saturation des idées.

Les entretiens seront ensuite retranscrits par écrit. Après analyses de ceux-ci, face à la probable hétérogénéité des données, il me faudra ressortir les principales problématiques et les développer individuellement.

Concernant le versant patient, j'interrogerais des proches de médecin avec la même grille d'entretien. Ils me seront proposés par des médecins interrogés. Je demanderais aux différents médecins interrogés de me suggérer un membre de leur famille. Afin de limiter les biais de sélection, j'interrogerais des patients avec des liens de parenté au médecin différents (fils, épouse, père, oncle, tante, neveu, cousin...). Comme avec les médecins, les entretiens seront retranscrits entièrement. Les idées principales seront relevées et développées.

Après avoir fait ce recueil de données, tant du côté médecin que patients, j'effectuerais une

comparaison entre les 2, me permettant ainsi de confronter les similitudes ou différences face à la problématique soulevée.

**2) Décrire les différentes étapes du travail et leur durée probable**

- 1- Recherche bibliographique (jusqu'à fin novembre)
- 2- Formulation des questions d'entretien (jusqu'à mi-décembre)
- 3- Entretiens individuels (jusqu'à fin janvier)
- 4- Collecte des informations, retranscription des entretiens (jusqu'à fin février)
- 5- Analyse des résultats (jusqu'à fin avril)
- 6- Rédaction (jusqu'à fin Mai)
- 7- Corrections, relectures
- 8- Impression
- 9- Soutenance (fin juin/ début septembre)

Bonjour Mélanie,

Ta fiche de thèse est validée.

Réfléchi entre une méthode de focus groupe ou entretien individuel. Et ce que tu cherches à déterminer.

Je te conseille d'aller en cellule d'aide qualitative : pour demander des renseignements et s'inscrire : [quali.nice@orange.fr](mailto:quali.nice@orange.fr)

Bonne continuation,

Dr CASTA

## **ANNEXE 2 : Guide d'entretien définitif**

Bonjour,

Je vous remercie pour le temps que vous m'accordez. Je suis donc interne en médecine en cours de réalisation de ma thèse. Je souhaiterais donc vous interroger sur le fait d'être ou ne pas être soigné par un médecin généraliste avec qui vous avez un lien préexistant. L'entretien sera anonyme et n'excédera pas 40 minutes. Avec votre autorisation je vais enregistrer l'entretien, afin de retenir un maximum d'idées.

- Quel lien de parenté vous lie au Dr.... ?
- Êtes-vous suivi par le Dr..... ?
- Quels sont pour vous les avantages à être soigné par un proche ?
- De même quels en sont les inconvénients ?
- Que pensez-vous du secret médical lorsqu'il existe un lien préexistant entre le médecin et son patient ?
- Quel est votre ressenti lorsque vous consultez auprès de votre oncle, père... ?
- Comment réagissez- vous si on évoque le problème de l'argent dans cette relation médecin/ proche?
- Pourriez vous brièvement me parler d'une situation où vous avez eu besoin de demander des soins à votre proche? (conseil, avis, consultation...)
- quelles étaient vos attentes? Votre demande réelle? (un réconfort, facilité d'accès aux soins, une réassurance, une consultation gratuite...)
- enfin pensez vous qu'il faille se faire soigner par un proche?

### ANNEXE 3 : exemple d'entretien codé

Quel lien de parenté vous lie au Dr.... ?

Je suis donc une cousine du Dr F.

Êtes-vous suivi par le Dr F..... ?

En fait...je ne suis pas suivie par M...j 'ai un autre médecin traitant... mais il m'arrive d'aller voir M... par exemple... **quand mon docteur n'est pas là... ou ... quand il ne peut pas me prendre rapidement.**

Du coup quels sont pour vous les avantages à être soigné par un proche ?

Comme je le disais à la question juste avant, **c'est plus simple pour avoir un rendez vous**...j'en profite pas pas, mais c'est vrai que **des fois c'est plus simple qu'avec mon docteur.**

C'est à dire ?

Ben, **je l'appelle directement sur son portable**, et elle **arrive toujours à m'intercaler dans la journée entre deux rendez vous**. Donc oui, **c'est plus facile qu'avec mon médecin**, surtout en ce moment...il est toujours plein mon médecin...

Le 2eme avantage, c'est qu'avec M., vu qu'**elle me connaît depuis toujours**, **elle ne me pose pas plein de questions**. Elle connaît ma vie, mon enfance, ma fille... elle sait tout de moi... **on a toujours grandi ensemble... c'est un peu comme ma sœur... du coup c'est simple la consultation... on perd pas de temps...elle va direct à l'essentiel**... je lui dis ce que j'ai et c'est vite fait... parfois un peu trop vite aussi. (rires).. mais bon, je la comprend, hein ! Elle me prend déjà entre deux, alors elle peut pas s'éterniser trois heures sur moi. C'est déjà sympa quand même !

qu'entendez vous par « un peu trop vite ? »

Non jplaisante... jveux dire que **c'est plus bref qu'une vraie consultation** entre un médecin et un patient x. **pas de questions familles, antécédents...plus court**, mais aussi efficace ! Enfin j'espère (rires).

Vous dites que c'est plus bref qu'une « vraie » consultation ? Avec vous c'est pas une « vraie » consultation ?

Facilité d'accès

Proximité du lien, bonne connaissance

Durée de la consultation

Si mais c'est pas pareil... j'la connais d'avant.

Très bien; alors ça modifie la relation médecin/ malade?

Évidemment...

Vous pouvez préciser?

On sconnait depuis toujours... on est pas des inconnus... Je ne l'appelle pas docteur par exemple... je lui fais la bise... on se voit aux repas de famille... alors oui c'est pas la même relation qu'avec n'importe quel autre médecin. Le peu de fois où j'vais au cabinet, on passe plus de temps à parler de tout et de rien... que de ma santé.

Alors justement, quels sont les inconvénients selon vous à être soigné par votre cousine ?

Ben, comme je vous disais... des fois c'est un peu rapide, un peu expéditif... elle fait bien son travail... mais, des fois je suis à peine rentrée, à peine sortie... c'est pour ça c'est mieux d'avoir un autre médecin traitant... parce que quand on connaît, on prend peut être pas assez le temps... en fait, comment dire... elle me soigne bien... c'est pas le souci... elle me traite le symptôme, ce pour quoi j'suis venue... mais des fois j'aimerais peut être qu'elle s'attarde un peu plus... pour vous résumer le truc, c'est un peu « tu tousses? » « oui »... alors elle m'examine, me donne mon sirop... et hop... debout, au suivant !! j'exagère peut être un peu, mais c'est un peu ça... mon médecin aurait pris lui le temps de me poser d'autres questions... savoir si je dormais bien, si je n'avais pas d'autres souci, le travail... en fait je lui reproche des fois d'être un peu trop expéditive... je sens qu'elle a pas trop de temps à m'accorder, ce que je peux comprendre...

Pudeur

Après il y a peut être un autre inconvénient... je n'ai jamais été confronté à ça... mais j'pense que ça doit être un peu pénible... c'est si on a un problème au niveau gynéco... j'pense que ça doit être délicat... je me vois pas trop à poil devant elle... je vous disais c'est un peu comme ma sœur, alors lui demander un avis ou une consult pour ce genre de problème, c'est un peu délicat! Je pense que j'aurais du mal... je suis un peu pudique alors me mettre à nue, dans tous les sens du terme, c'est un peu dur pour moi.

C'est un médecin, alors en quoi seriez vous plus gênée qu'avec votre médecin habituel ?

C'est un médecin certes mais c'est ma cousine avant tout.

Ok, que pensez-vous du secret médical lorsqu'il existe un lien préexistant entre le médecin et son patient ?

Je pense qu'il est fondamental de le respecter... je lui fait entièrement confiance... elle ne me parle jamais des autres patients... sauf ces histoires rocambolesques... mais toujours

Secret Médical

Bobologie/ Maladie grave

Quel est votre ressenti lorsque vous consultez auprès de votre nièce ?

Pour reprendre votre question, je n'ai pas l'impression de consulter. Je consulte auprès de mon médecin traitant... mais auprès de M... c'est différent... je lui demande un conseil, un avis... ou elle me traite juste vite faite un symptôme... Par exemple, je lui ai demandé des conseils pour l'allaitement de mon fils... elle m'a traitée des infections urinaires... mais par exemple, j'ai un traitement pour la thyroïde... ben ça c'est mon médecin qui s'en occupe.. il me suit, me prescrits des prises de sang...

alors pourquoi lui demander des avis ou conseils à elle si vous avez un médecin ?

Confiance

En fait, j'ai confiance en elle... alors pour les conseils de maman, je lui demande... en plus c'est une femme, alors elle est plus à même de me répondre pour tout ce qui concerne les enfants... et puis mon médecin n'est pas toujours joignable...

Et pour tout ce qui est chronique, c'est votre médecin traitant qui s'en occupe ?

Oui, c'est ça...

Comment réagissez- vous si on évoque le problème de l'argent dans cette relation médecin/ proche?

C'est sincèrement une question que je ne me suis jamais posée... j'aurais peut être dû (elle fait la moue).je vous avoue que je n'ai jamais payé et ça ne m'a même pas effleuré l'esprit. Elle ne m'a jamais rien demandé.

Argent

Sans vouloir vous juger, vous trouvez ça normal de ne pas payer ?

Elle n'est pas à plaindre quand même (sourire). Je connais très peu de médecin aux problèmes d'argent...on est comme des sœurs !

Pourriez vous brièvement me parler d'une situation où vous avez eu besoin de demander des soins à votre cousine ?

Une fois un dimanche matin, L. mon fils avait des diarrhées importantes... il était encore petit... il devait avoir à peine 1 an. Je lui est téléphoné en catastrophe... je ne savais pas quoi faire... en plus ça arrive toujours les dimanches ! Elle est venue à la maison vite fait... rien de grave.. ; c'était juste une gastro... elle m'a donné de quoi le soigner... j'étais contente de pouvoir compter sur elle... sinon j'aurais dû aller aux urgences ou appeler le médecin de garde... c'est quand même plus contraignant.

quelles étaient vos attentes en lui téléphonant ?

évidemment une facilité... je ne me sentais pas trop d'aller aux urgences avec un si petit bébé.

enfin pensez vous qu'il faille se faire soigner par un proche?

Je pense que pour les problèmes chroniques comme ma thyroïde c'est bien d'avoir son médecin... mais après pour les petits bobos de tous les jours, j pense qu'y a pas de souci à être soigner par quelqu'un qu'on connaît.

Pourquoi séparer ce qui est chronique des problèmes aigus ?

Je sais pas trop.. (réfléchit)... les trucs vite fait c'est plus simple de la voir elle... ça va plus vite... pour mon problème de thyroïde, j'aime avoir à faire à des personnes plus neutres... c'est plus professionnel... non pas qu'elle le soit pas... mais c'est peut être plus sérieux... j'irais peut être moins assidûment si c'est elle qui s'en occupait.

Observance

#### **ANNEXE 4 : SERMENT D'HIPPOCRATE**

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 les 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 au 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.



**AUTEUR : DA SILVA Mélanie**

**Date de Soutenance : Jeudi 25 Septembre 2014**

**Titre de la Thèse : Quelles sont les attentes et le ressenti des proches du médecin généraliste ?**

**Étude qualitative auprès de 12 patients des Alpes Maritimes.**

**Thèse, Médecine, Nice,**

**Cadre de classement : DES de Médecine Générale.**

**Mots-clés : médecine générale, relation médecin-malade, proches, empathie, étude qualitative.**

**Introduction** : Chaque médecin se retrouve un jour confronté à la demande de soins de la part d'un de ses proches. La relation médecin- malade se caractérise par l'acceptation de l'autre, la confiance et la capacité d'influence. Tout médecin doit faire preuve d'empathie. Cette relation est probablement modifiée lorsqu'il existe un lien préexistant entre le patient et son médecin.

**Méthodologie** : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de douze patients des Alpes Maritimes recrutés via l'appel de médecins généralistes du département. Nous avons recueilli leurs attentes et leur ressenti à propos de l'influence du lien préexistant entre eux et leur médecin, sur les soins prodigués.

**Résultats** : Les patients ressentent plusieurs avantages à être soigné par un proche comme la facilité d'accès à la consultation, ou une amélioration de la qualité des soins en relation avec une confiance accrue, celle-ci favorisant la réassurance. Il ressort de ce travail une complexité de la situation avec un possible manque d'objectivité du médecin qui connaît trop le patient, une possible influence de la pudeur ou une confusion des rôles. Être médecin ou proche ? Être patient ou proche ? Les limites sont parfois mal définies. Le secret médical peut également être ressenti comme violé. Le rapport à l'argent paraît influencé par ce lien de proximité entre le médecin et son proche. Il paraît indispensable d'instaurer entre le médecin et le patient-proche un cadre précis dès le départ pour les soins. Il facilitera ainsi le soin pour le médecin, et officialisera la relation médecin-malade pour le patient.

**Conclusion** : Si les patients-proches ont conscience de la difficulté à être soigné par un proche, ils en envisagent aussi les difficultés. Quand le patient devient-il proche ? Cette réflexion nécessiterait d'être poursuivie en interrogeant les patients qui ont le même médecin depuis plusieurs années.