



HAL
open science

Expérience vécue par les internes en médecine générale impliqués dans la gestion des problèmes de santé de leurs proches

Arthur Padoin

► To cite this version:

Arthur Padoin. Expérience vécue par les internes en médecine générale impliqués dans la gestion des problèmes de santé de leurs proches. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02882084

HAL Id: dumas-02882084

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02882084v1>

Submitted on 26 Jun 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
Docteur en médecine

Présentée et soutenue publiquement

par

ARTHUR PADOIN

le 24 octobre 2019

Titre :

**EXPERIENCE VECUE PAR LES INTERNES EN MEDECINE GENERALE IMPLIQUES
DANS LA GESTION DES PROBLEMES DE SANTE DE LEURS PROCHES**

Directeur de thèse : Professeur Philippe Lambert

Jury :

Président : Professeur Philippe Lambert

Assesseurs : Jorge Lopez Castroman

Sylvain Pavageau

Laurent Bebien



ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER
Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain

DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX
Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie
Madeleine
MAGNAN DE BORNIER
Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri

MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
PELISSIER Jacques
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHFORT Henri
ROSSI Michel
ROUANET DE VIGNE
LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER
Hélène
SANY Jacques
SEGNARBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille

DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques

MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian

PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2^{ème} classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie

COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophthalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophthalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÉRE Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie

DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation

DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie

GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire

GOUZI Farès-Physiologie

HERRERO Astrid – Chirurgie générale

JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je désire adresser mes plus sincères remerciements à Monsieur le Professeur Philippe Lambert qui m'a fait l'honneur de me former lors de mon 1er stage en médecine générale. Je le remercie également de m'avoir soutenu et encadré en tant que directeur de thèse durant ces mois de préparation. Pour toutes ces raisons, je suis ravi qu'il ait accepté de présider mon jury de thèse.

Je remercie ensuite tout particulièrement le Professeur Jorge Lopez-Castroman, le Docteur Sylvain Pavageau ainsi que le Docteur Laurent Bebien pour avoir accepté de juger mon travail.

Mes remerciements vont également :

- Aux internes qui ont répondu sans détour à mes questions durant les entretiens. Grâce à nos riches entrevues, j'ai pu recueillir des données afin de réaliser mon étude.
- A tous les médecins et paramédicaux que j'ai pu rencontrer tout au long de mon cursus, pour la transmission de leur savoir, leur bienveillance et leur contribution à mon épanouissement professionnel.
- A tous mes anciens co-externes de Paris VII (Louis, Adamou, Anas, Pierre...) qui ont rendu meilleures mes années de bachotage et de découverte du monde médical.
- A toutes mes nouvelles rencontres d'internes (Hamza, Pierre, Bastien, Antoine, Danielson, Louise, Morgane, Stéphanie, Marine, Anais...) depuis mon installation dans le sud. Grâce à vous, mon adaptation dans ce nouveau chapitre de ma vie s'est déroulée à merveille.

- A mes parents qui ont toujours été présents et d'un soutien sans faille durant l'intégralité de mon cursus.

- A ma soeur qui m'a fait le plaisir de me rejoindre dans le sud.

- A mes grands-parents, oncles et tantes, qui par leurs multiples sollicitations m'ont inspiré afin de trouver ce sujet de thèse que j'ai eu plaisir à réaliser.

Et pour finir à Alexandra, ma future femme et mère de notre futur enfant, qui a été d'un soutien inconditionnel tout au long de mes études.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	12
MATERIEL ET METHODE	15
1. Le choix de la méthode	15
2. Echantillonnage et éthique	16
3. Le guide d'entretien	16
4. La retranscription et l'analyse des résultats	18
RESULTATS	20
1. Les caractéristiques de la population étudiée	20
2. Le déroulement des entretiens	20
2.1. Les difficultés et limites rencontrées dans la prise en charge des proches	21
2.1.1. <i>Un cadre médical non adapté</i>	21
2.1.2. <i>Un refus récurrent de prise en charge de l'entourage</i>	22
2.1.3. <i>Les craintes et les inquiétudes de l'interne</i>	24
2.1.4. <i>Des expériences familiales négatives influençant la prise en charge</i>	25
2.1.5. <i>Un manque d'objectivité et de recul</i>	26
2.1.6. <i>Une prise en charge biaisée par l'affect</i>	27
2.1.7. <i>Une minimisation ou exagération des faits et symptômes</i>	28
2.1.8. <i>Une sensation d'impuissance et parfois de frustration de l'interne</i>	30
2.2. Les bénéfiques dans la prise en charge des proches	30
2.2.1. <i>Une envie de faciliter la prise en charge et le parcours de soins</i>	30
2.2.2. <i>L'interne sollicité pour avant tout rassurer</i>	32
2.2.3. <i>Une tendance à réorienter vers un autre médecin</i>	32
2.2.4. <i>Une volonté assumée pour certains de prendre en charge leurs proches</i>	34
2.2.5. <i>Une responsabilité particulière due au lien affectif</i>	35
2.2.6. <i>Le plaisir de rendre service</i>	35
2.2.7. <i>L'appui de l'interne pour renforcer l'avis d'un confrère</i>	36
2.3. Les thématiques secondaires	36
2.3.1. <i>Un positionnement difficile de l'interne l'amenant à s'interroger</i>	36
2.3.2. <i>Des sollicitations multiples et quotidiennes de l'entourage</i>	38
2.3.3. <i>Une prise en charge adaptée en fonction du problème médical rencontré</i>	39
DISCUSSION	41
1. Les forces et les biais de l'étude	41
1.1. Les forces de l'étude	41
1.2. Les biais de l'étude	42
2. La confrontation des résultats aux données de la littérature	43
3. Les pistes de réflexion et perspectives d'amélioration	46
CONCLUSION	48
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXES	53

INTRODUCTION

L'interne en médecine générale, jeune médecin en devenir, est souvent sollicité par sa famille et ses proches pour de multiples raisons d'ordre médical, mais est-il légitime dans ce rôle ?

« *Les demandes de conseils médicaux commencent pour beaucoup d'entre nous, dès nos premières années de médecine, quand nous revenons à la maison pour les vacances* » racontait Eastwood [1]. C'est l'occasion propice pour nos proches de nous mettre à contribution. Au cours de repas de famille, j'ai pu entendre « *Toi qui seras bientôt médecin, tu ne veux pas regarder les boutons que j'ai sur les mains ?* » ou encore « *Je sais que tu n'aimes pas donner des conseils médicaux, mais mon médecin traitant est en vacances...* ».

En tant qu'interne, nous nous sommes déjà tous interrogés sur notre capacité et notre place dans la prise en charge de nos proches. « *Ai-je les compétences suffisantes pour conseiller ou soigner mes proches ?* ». Des appréhensions et des doutes nous amènent à réfléchir sur notre place et notre réaction à adopter dans ces situations qui bien souvent nous poussent dans nos retranchements.

Si nous reprenons un peu d'histoire, Percival, médecin et philosophe anglais, fut le premier à aborder la question des médecins qui soignent les membres de leur famille. Il considérait que « *l'éthique médicale voudrait qu'on ne soigne pas ses proches* ». Il suggérait déjà que « *l'anxiété générée par la maladie des proches risquait d'obscurcir le jugement du médecin, d'être source de timidité et de manque de résolution dans sa pratique* » [2] .

Depuis 1980, le Collège des Médecins du Québec et la corporation professionnelle des médecins du Québec ont promulgué un code de déontologie médicale qui stipule que « *Le médecin doit, sauf dans les cas d'urgence ou dans les cas qui manifestement ne présentent aucune gravité, s'abstenir de [...] traiter toute personne avec qui il existe une relation susceptible de nuire à la qualité de son exercice, notamment son conjoint et ses enfants* » [3].

En France, il n'existe actuellement aucun consensus, ni cadre législatif encadrant la prise en charge médicale de ses proches ou de sa propre famille. Les textes restent très généraux sans préciser les particularités de la relation médecin/proche-soigné. Reprenons néanmoins l'article 7 du code de déontologie médicale s'intéressant à la notion de non discrimination : « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée* » [4].

Aux Etats-Unis, dans un article publié en 1993, l'AMA (American Medical Association) expliquait qu'un médecin ne devait pas soigner sa famille [5]. Puis quelques années après, un autre article demandait de préférer l'abstention, mais sans pour autant l'y obliger [6]. En 1992, La Puma et Priest publient une « liste de 7 questions préalables à envisager avant d'apporter une réponse à la demande de soin de son proche » [7].

Les dernières études réalisées sur ce sujet nous rappellent que la relation médecin-patient est difficile à construire lorsqu'il existe déjà un lien, basé sur l'amour, l'affection ou la sympathie. Or, une attitude professionnelle se doit d'être fondée sur d'autres vecteurs telles que la responsabilité médicale et l'empathie [8].

Tous les médecins ont des proches qui ont été, sont ou seront un jour malades. Les publications sur ce sujet montrent que tout médecin est un jour confronté à cette situation [9]. Dans la plupart des cas, la maladie d'un proche soulève de multiples interrogations, débats ou difficultés à se positionner. Chaque professionnel, en fonction de sa personnalité, de son caractère voire de son éducation, a sa manière de réagir vis-à-vis des malades. On note qu'en règle générale, lorsque le médecin accepte de prendre en charge ses proches, il se fixe des règles pour une prise en charge adaptée et pour éviter de dégrader la relation

affective préexistante. Beguin pense que pour autant une position unique ne semble pas possible car de nombreux facteurs rentrent en jeu dans la décision [10].

Selon le travail de Delmas, l'affect troublerait le jugement du praticien. L'émotion perturberait à la fois le rationnel et l'intuitif, dans le raisonnement médical avec une sensation d'hypertrophie du sentiment de réassurance et une atrophie du sentiment d'alarme. D'autre part, les conditions de prise en charge sont souvent inadaptées par le lieu et le moment de la demande de soins. L'examen clinique n'est pas réalisé ou alors de façon sommaire et le matériel utilisé n'est pas adéquat [11].

Pour revenir à notre sujet, une étude quantitative réalisée par Marin-Marin a montré que le positionnement de l'interne face à la maladie des proches évolue avec la maturation dans le cursus. Ainsi, plus ils avancent dans leur formation, plus les internes s'interrogent sur le juste positionnement et tendent vers un accompagnement informatif de leurs proches [12].

Dans mon travail, j'ai souhaité approfondir cette problématique en réalisant une étude qualitative avec une analyse thématique. Ainsi, l'objectif principal de mon étude est de comprendre l'expérience vécue des internes de médecine générale impliqués dans la prise en charge de leurs proches. Dans un premier temps, l'expérience vécue par les internes en médecine générale qui ont été impliqués dans la gestion des problèmes de santé de leurs proches a été recueillie puis les résultats analysés et interprétés. Une tendance générale se dégage-t-elle, existe-t-il une corrélation entre le niveau affectif et les soins prodigués, sont autant de questions auxquelles nous allons tenter de répondre à partir de mes entretiens avec les internes.

MATERIEL ET METHODE

1. Le choix de la méthode

L'ensemble de mon travail s'appuie sur une étude qualitative par entretiens individuels compréhensifs réalisés auprès d'internes en médecine générale.

L'approche qualitative paraît la plus adaptée car elle amène une certaine souplesse dans la méthode afin d'être en accord avec l'objet d'étude. Becker soulignait que la force des procédures qualitatives provient justement de cette plasticité, qui permet d'adapter les idées et procédures en cours d'enquête, lorsque les résultats l'imposent [13].

Quand il s'agit d'analyser des comportements, des représentations, des ressentis, la recherche qualitative est d'une utilité particulière puisqu'elle permet d'approcher la complexité de la réflexion et l'expérience de l'individu.

Nous avons décidé de réaliser des entretiens individuels compréhensifs, pour aller à la rencontre directe des jeunes médecins internes. Cela nous a permis d'aborder, dans des conditions optimales de confiance, le vécu de chacun dans l'intimité de leur sphère familiale, l'objectif de cette étude étant de récolter les expériences personnelles afin d'apercevoir le sens que chaque interne en médecine donne à ses expériences intimes.

L'entretien compréhensif est une variante de l'entretien semi-dirigé, qui émerge des études sociologiques [14]. Il permet un échange conversationnel moins « protocolisé » que l'entretien semi-dirigé individuel. La personne ou le groupe impliqué dans l'étude est traité comme un sujet producteur de connaissances sur sa propre situation [15]. C'était donc à mon sens la meilleure façon d'entrer dans l'intimité de l'interrogé afin de reconnaître la diversité ou la régularité d'un phénomène.

2. Echantillonnage et éthique

Les internes interrogés ont été recrutés en privilégiant la parité homme/femme et la diversité d'ancienneté (différents semestres d'internat). Afin de faire ressortir les divergences qui pouvaient exister, le recrutement a été réalisé dans la région Occitanie, lieu où l'intervieweur pratique son internat en médecine générale.

Les participants ont dans un premier temps été contactés par téléphone ou par mail pour une présentation de l'intervieweur ainsi que des informations succinctes sur le thème abordé lors de l'entretien.

Une fois le contact établi avec le participant, un rendez-vous était organisé, le lieu et la date étant définis par ce dernier. Les entretiens se sont déroulés dans différents endroits et plus particulièrement dans des lieux publics ou au domicile du participant. L'entrevue était enregistrée à l'aide d'un dictaphone et sa durée maximale ne devait pas excéder les 45 minutes.

Le recrutement a été fait jusqu'à saturation des données. Il a été arrêté dès lors que les deux à trois derniers entretiens réalisés n'apportaient plus de données nouvelles.

Le consentement de tous les internes en médecine générale interrogés a été recueilli oralement avant le début de chaque entretien et l'anonymisation a été assurée.

3. Le guide d'entretien

Un guide d'entretien, trame qui sert de base à la discussion avec les personnes interrogées, a été utilisé avec les internes en médecine générale dans le cadre de ce travail (Annexe 1).

Le guide d'entretien peut être modifié, s'enrichir au fur et à mesure des entretiens afin de recueillir les informations souhaitées par l'interviewer. Les données recueillies sont analysées au fur et à mesure car la découverte d'éléments imprévus peuvent conduire à rectifier le premier guide d'entretien pour les entrevues suivantes.

Les questions posées sont des questions ouvertes qui comportent généralement une seule idée et ne doivent pas être connotées positivement ou négativement pour ne pas orienter la discussion. Des questions de relance ou encore des échos peuvent servir à apporter des précisions, des détails sur un point que l'interviewer souhaite éclaircir.

L'attitude de l'enquêteur est très importante afin de libérer la parole du sujet interrogé. Il se doit d'être emphatique, compréhensif pour permettre d'entrer dans l'esprit, dans la logique de ce dernier.

Ce processus d'entretien peut permettre de digresser pour développer des thématiques qui n'auraient sans doute pas pu être évoquées avec un type d'entretien autre. Kaufmann avançait à ce propos que « *la meilleure question n'est pas donnée par la grille : elle est à trouver à partir de ce qui vient d'être dit par l'informateur.* » [16].

Le nombre d'entretiens ne peut être exactement défini en amont, il dépendra de la recherche en train de se faire, tant que de nouveaux éléments apparaissent et sont pertinents, jusqu'à « saturation » des données [17].

Initialement, mon guide d'entretien comportait 7 questions ouvertes et des questions de relance pour chacune d'entre elles. La première question permettait d'amener le sujet. Les suivantes étaient conçues pour rapporter un ressenti, une attitude ou encore l'analyse d'une situation vécue par l'individu confronté aux demandes médicales de ses proches. Par souci de cohérence, des questions n'ont pas été volontairement posées à l'interrogé car il y répondait spontanément dans les questions précédentes.

Suite à mes 3 premiers entretiens, j'ai décidé d'ajouter une question de relance à ma 3ème question : « Est-ce que au fond de toi, cela t'a évoqué une différence par rapport à un patient lambda ? ». Le but était de faire ressortir le positionnement de l'individu sur la question si, de lui-même, il ne l'avait pas évoqué.

4. La retranscription et l'analyse des résultats

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux supports audio, un téléphone portable (iPhone X) ainsi qu'un ordinateur (Mac book) pour palier à une défaillance de l'un d'entre eux. Puis une application (Transcribe) a permis de retranscrire informatiquement mot pour mot les paroles des participants pour obtenir les verbatims. Des notes prises lors des entrevues ont servi pour faire ressortir certaines émotions comme les rires ou encore les silences. Le champ du non verbal peut être une source d'information importante dans ce type d'étude. Les enregistrements audio ont été effacés après transcription et les verbatims anonymisés.

L'analyse qualitative est un processus évolutif et continu qui commence dès le premier entretien. Cela permet d'adapter le guide d'entretien si besoin ou encore de déterminer le moment où l'on arrive à saturation des données. Une fois que les idées deviennent récurrentes, que peu d'informations nouvelles émergent, le recueil de données est arrêté.

Pour interpréter nos données, nous avons choisi de réaliser une analyse thématique permettant de faire ressortir des thèmes ou encore des sous-thèmes. Si la logique de ce type d'analyse est relativement accessible, il faut tout de même tenir compte au départ d'un certain nombre de paramètres [18].

Dans un premier temps, les entretiens retranscrits ont été lus à plusieurs reprises pour mieux les appréhender. Des notions émergentes ont été listées et illustrées par des phrases ou verbatims venant des entretiens. Le texte est donc codé portion par portion et réorganisé afin d'obtenir une liste de catégories faisant ressortir les principaux thèmes.

Secondairement, les notions recueillies à travers chaque entretien ont été organisées et plusieurs grands groupes de notions se sont distingués. A ce stade, l'analyse se fait donc d'une façon plus transversale. Des concepts sont déterminés, une cartographie des différents registres est érigée et des associations sont recherchées. Des sous-groupes de notions ont été mis en évidence, puis organisés et illustrés. Aussi, pour faciliter mon travail, j'ai conçu des schémas illustrants

les différents thèmes émergents (Annexes 2 à 11). Il est important de rappeler qu'une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée plusieurs fois [19].

RESULTATS

1. Les caractéristiques de la population étudiée

Sur les 10 internes sollicités, tous ont répondu favorablement pour participer aux entretiens.

Au sein des internes sélectionnés dans la région Occitanie, la parité des sexes a été obtenue (5 femmes et 5 hommes).

Les deux autres caractéristiques importantes de notre échantillon sont l'ancienneté dans l'internat et l'âge des participants que nous avons essayé de diversifier dans la mesure du possible.

Les caractéristiques de la population étudiée sont présentées tableau I.

Tableau I. Caractéristiques de la population étudiée

	Sexe	Semestre d'internat	Age	Durée de l'entretien	Date
Interne 1	Masculin	5ème	25 ans	11'59"	15 mars 2019
Interne 2	Féminin	3ème	24 ans	10'46"	9 avril 2019
Interne 3	Masculin	5ème	26 ans	12'44"	28 mai 2019
Interne 4	Féminin	2ème	24 ans	9'53"	13 juin 2019
Interne 5	Masculin	6ème	28 ans	7'31"	24 juin 2019
Interne 6	Féminin	6ème	27 ans	6'36"	27 juin 2019
Interne 7	Masculin	4ème	26 ans	7'52"	27 juin 2019
Interne 8	Féminin	2ème	24 ans	9'08"	4 juillet 2019
Interne 9	Féminin	6ème	26 ans	9'29"	19 juillet 2019
Interne 10	Masculin	6ème	27 ans	15'28"	19 juillet 2019

2. Le déroulement des entretiens

L'enquête s'est déroulée du 15 mars 2019 au 19 juillet 2019.

La durée des entretiens réalisés a été variable, entre 6 minutes et 36 secondes et 15 minutes et 28 secondes (Tableau I).

Sur les 10 entretiens, 6 ont eu lieu au domicile des internes en médecine et 4 dans des lieux publics (cafés, bibliothèque).

Les entrevues se sont déroulées dans un climat de confiance et d'écoute, avec un franc intérêt des internes pour le thème abordé.

2.1. Les difficultés et limites rencontrées dans la prise en charge des proches

2.1.1. Un cadre médical non adapté

Nombreux d'entre nous sommes sollicités par nos proches pour répondre à leurs demandes de soins ou d'informations sur différents problèmes de santé les concernant. Mais bien souvent, le moment et le lieu choisi ne sont pas appropriés pour une consultation de qualité. Une prise en charge par message, par téléphone, avec peu d'informations ou encore sans examen clinique est très éloignée de la médecine méticuleuse et structurée que nous avons pu apprendre durant notre internat. Et si toutefois nous sommes amenés à examiner nos proches, les conditions matérielles ne sont généralement pas réunies pour le faire correctement. Bien souvent, ces sollicitations ont lieu lors d'un repas de famille « entre deux bouchées ».

Verbatims en relation avec cette catégorie :

(I2) : « *Il a fallu par texto désamorcer.* »

(I2) : « *Qu'est-ce que c'est qu'une consultation, qu'est-ce que c'est que la médecine? Par texto et par personne interposée, c'est pas de la médecine à mon sens.* »

(I3) : « *Toute ma famille habite loin, je ne les vois pas régulièrement, donc je ne leur fais pas d'ordonnance, je ne leur prescris pas d'examen.* »

(14) : « Je ne l'avais pas du tout examiné, je l'avais juste eu par téléphone sans rien faire de plus. »

(16) : « Je ne pouvais pas lui prescrire d'ordonnance vu que je n'étais pas sur place. »

(17) : « C'était un repas de famille et ils m'ont demandé de l'examiner. J'avais pas d'otoscope, j'avais rien. »

(17) : « Je pense que les gens qui ont des médecins dans leur famille sont mal pris en charge. Parce que justement il demande l'avis mais dans un cadre mal adapté. Je trouve que le cadre de la consultation, c'est-à-dire, où on est posé avec un soignant et un soigné, une relation médecin-malade, c'est important dans un cabinet ou en tout cas dans un lieu approprié. Pas en train de manger un repas où l'on n'a pas du tout la tête à ça, où on n'a pas du tout les conditions matérielles, ça c'est une mauvaise idée. »

(18) : « Tu ne te penches pas complètement sur la question, à examiner, à demander quand la personne a mal, ou à quel moment... Généralement, tu fais ça à table entre deux bouchées. »

(18) : « Je sais qu'il y a une infection mais en même tant je suis à 10 km, je ne peux pas faire une ordo pour te traiter et puis j'ai pas tous les paramètres... »

(110) : « Je le vois, on mange, je l'examine vite fait. »

(110) : « Je pique des ordonnances à mon oncle et je vais le voir. Je l'examine au bord de l'eau là-bas dans sa cabane (rires), y'avait les planches à voiles et tout. »

2.1.2. Un refus récurrent de prise en charge de l'entourage

Si nous savons qu'il n'est pas bon de généraliser, une tendance au refus de prendre en charge des proches est retrouvée dans la quasi totalité de mes entretiens. Toutefois, malgré l'intention et la volonté de ne pas rentrer dans la prise en charge, il est souvent difficile pour l'interne de dire non aux sollicitations de son

entourage. Cette position délicate amène l'interne à s'interroger quotidiennement sur sa place et la conduite à tenir face aux demandes de sa famille. Le refus des internes qui tend à émerger peut être dû à plusieurs causes comme le manque de compétence, un manque d'objectivité ou encore du fait de sollicitations abusives.

Verbatims en relation avec cette catégorie :

(12) : « Je pense qu'il faudrait que je commence à dire non de façon systématique. (...) Je me dis que je vais changer d'attitude parce que sinon ça va devenir ingérable. Mais après, ça dépend des motifs, on peut en débattre, mais j'ai envie de dire de plus en plus non. »

(14) : « Je ne vais pas là-bas pour faire de la médecine. »

(15) : « J'avais surtout pas envie de m'immiscer dans la prise en charge à la place de gens qui étaient peut-être plus compétents. »

(15) : « Je pense que c'est compliqué d'être l'interlocuteur ou le médecin de sa famille. Je pense qu'il ne faut pas hésiter à réorienter, stopper, ou bien limiter un peu les demandes qui peuvent être de plus en plus abusives »

(16) : « Je me suis dit plus jamais tu donnes d'avis médical pour ta famille proche parce que tu perds toute objectivité. »

(17) : « Maintenant que je suis interne, au début on me posait des questions, et rapidement je leur ai fait comprendre que ça me soulait. »

(17) : « J'aime pas en dehors de mon activité professionnelle qu'on me pose des questions en rapport avec la médecine. On peut me parler de médecine, mais pas de question sur un diagnostic les concernant, à part si j'ai vraiment pas le choix et qu'il n'y a pas d'autre médecin. »

(18) : « Je les envoie un peu chier. Je leur dis toujours je ne suis pas ton médecin. Et souvent ça insupporte ma mère par exemple qui me demande des ordonnances. »

(18) : « Leur faire des prescriptions, les examiner, gérer tous les problèmes de la famille à Noël, non. En plus quand tu critiques ce qui a été fait par le médecin, c'est pas confraternel du tout. Ça les fait perdre confiance en leur médecin, (...) c'est pas notre rôle non plus de critiquer. Donc je pense qu'il ne faut pas trop s'impliquer dans tout ça. »

(19) : « Je pense qu'il ne faut pas qu'on soigne sa famille. »

(110) : « De façon optimale il ne faut pas les traiter mais c'est difficile de dire non d'autant plus que pour les réorienter c'est compliqué. »

2.1.3. Les craintes et les inquiétudes de l'interne

Soigner ses proches peut être anxiogène pour l'interne. En effet, il peut avoir peur de se tromper dans son diagnostic ou encore de passer à côté d'éléments qui pourraient porter préjudice à l'état de santé des membres de sa famille. Certains internes peuvent avoir la sensation de ne pas être médecin quand il s'agit de leur entourage; il est compliqué pour eux d'avoir un raisonnement clinique objectif et adapté.

Bien souvent, nous nous rendons compte que nos connaissances des antécédents et de l'état de santé de nos proches sont infimes voire très approximatives. Enfin, poser un diagnostic qui peut être mauvais ou inquiéter inutilement un proche, est généralement périlleux et délicat aux yeux de l'interne.

Verbatims en relation avec cette catégorie :

(11) : « Je me suis retrouvé dans une position où j'ai une suspicion mais rien d'évident, quelque chose dont je parlerais facilement si cela n'était pas quelqu'un de ma famille. Mais dans ce cas là, je ne voulais pas l'inquiéter alors que je n'étais sûr de rien. »

(12) : « Je me dis qu'il ne faudrait pas qu'un jour elle fasse un vrai truc. »

(I6) : « J'ai ressenti que je n'étais pas médecin. Que j'étais plus la fille inquiète pour sa mère. »

(I6) : « J'avais peur pour elle de passer à côté de quelque chose. »

(I8) : « C'était plus pour rassurer ma tante, mais au final ça m'a inquiétée moi parce que j'étais complètement dans le déni concernant l'état de santé de ma grand-mère. »

(I8) : « Un jour à force de prescrire des médicaments à droite, à gauche si il leur arrive quelque chose je m'en voudrais. »

(I9) : « Je l'ai envoyé aux urgences parce que je n'arrivais pas à savoir et je ne voulais pas passer à coté de quelque chose. »

(I10) : « J'étais quand même embêté parce que je savais pas trop, du coup il est parti et je n'étais pas serein. »

2.1.4. Des expériences familiales négatives influençant la prise en charge

Certains internes ont parmi les membres de leur famille des médecins ou autres paramédicaux. De ce fait, l'interne a pu être témoin lors de son cursus médical, d'anecdotes douloureuses, de mauvaises prises en charge ou de plaintes minimisées. À travers ces erreurs, ils ont pu se rendre compte de la complexité à prendre en charge les proches et souhaitent, pour l'avenir, en tirer des enseignements.

Verbatims en relation avec cette catégorie :

(I2) : « Je suis absolument persuadée que cela se serait passé différemment si elle avait eu un médecin traitant qui n'était pas de la famille. Parce qu'il y a eu, selon moi, des plaintes qui ont été un petit peu minimisées. (...) Donc j'ai envie de tirer des leçons de tout ça. »

(17) : « j'ai une anecdote qui m'a fait froid dans le dos et qui fait aussi que je n'ai plus envie de donner d'avis. »

(110) : « J'ai mon oncle qui est médecin généraliste. Et du coup qui soigne un petit peu toute la famille et notamment ma grand-mère qui a 84 ans. Elle était tombée et se plaignait d'avoir mal au dos depuis pas mal de temps. Je me suis rendu compte que lui aussi était plutôt dans la banalisation. Il lui donnait du Doliprane et il lui disait que c'était normal d'avoir mal au dos à son âge. (...) Au final elle avait un tassement vertébral. »

2.1.5. Un manque d'objectivité et de recul

Lors de mes entretiens, j'ai pu me rendre compte que l'un des principaux problèmes évoqués par les internes était leur manque d'objectivité. Il est toutefois difficile pour eux de percevoir l'origine exacte du problème. A travers leurs récits, j'ai constaté que les liens familiaux, les sentiments et les émotions que nous pouvons avoir pour nos proches interfèrent avec notre raisonnement médical. L'interrogatoire qui se doit d'être minutieux et rigoureux est souvent abrégé et sans profond intérêt. Entre un proche et un patient lambda, une différence considérable de prise en charge se fait ressentir. Nous ne détenons pas le recul nécessaire pour appréhender de la même façon une anamnèse ou des symptômes. Le processus décisionnel lié au cheminement intellectuel de l'interne pour concevoir son diagnostic est donc bousculé.

Verbatims en relation avec cette catégorie :

(14) : « Parce que je connais son vécu, son histoire, je vais pas être objective. Une auscultation ça reste une auscultation mais (silence) peut-être que pour l'interrogatoire, ça serait moins fiable. »

(15) : « Je trouve que je n'avais pas le recul nécessaire. »

(16) : « Je trouve que c'est très difficile de donner un avis euh objectif en ce qui concerne ta famille. »

(16) : « Il faudrait que j'apprenne à être un peu plus objective quand ça concerne ma famille. J'ai senti une énorme différence de prise en charge, de raisonnement clinique. »

(17) : « Je leur ai fait comprendre que c'était pas une bonne idée. Parce que je trouve que je ne suis pas assez objectif. »

(18) : « Je me suis dit que ça allait un peu trop loin, que j'avais pas de recul, et que c'était pas à moi de faire ça mais plutôt son médecin traitant. »

(18) : « Pour les problèmes plus graves, je trouve qu'on a pas assez de recul. Il faut rester à sa place, faut pas avoir la place du médecin, mais plutôt celle d'un membre de la famille. »

(19) : « On est pas du tout objectif avec ses proches, il y a trop de sentiments ou de choses qui peuvent jouer et qui perturbent tout le processus décisionnaire. »

2.1.6. Une prise en charge biaisée par l'affect

Comme nous avons pu précédemment le constater, j'ai noté l'importance des sentiments et émotions inhérents à la relation entre l'interne et son entourage. Ce biais qui est l'affect engendre des comportements inadaptés et déraisonnés. Certains ont tendance à paniquer, d'autres à ruser voir enfreindre les règles pour arriver à leurs fins.

Verbatims en relation avec cette catégorie :

(18) : « Il me manquait des données, donc j'ai dû appeler le laboratoire en me faisant passer pour le médecin traitant de ma grand-mère pour qu'on me faxe les résultats. Et c'est là que je me suis dit que ça allait un peu trop loin. »

(15) : « Avec l'affectif qu'il y a derrière, je pense que mon regard aurait été biaisé et peut-être que j'aurais fait différemment vu que c'est quelqu'un de ma famille. Alors que si c'était quelqu'un de lambda, quelqu'un que je ne connais pas personnellement, j'aurais sûrement fait autrement. »

(16) : « J'ai l'impression de perdre tout ce que j'ai pu apprendre et de ne plus être raisonnable. »

(16) : « Alors c'était ma mère, qui en fait, me disait qu'elle avait une dyspnée d'effort sans aucun autre symptôme (...) et bah tu vois, je suis devenue totalement déraisonnable parce qu'elle n'avait aucun facteur d'embolie pulmonaire et j'étais là à stresser. »

(16) : « J'ai commencé à paniquer alors que normalement j'aurais vu un patient en consultation pour une dyspnée sans rien d'autre, ça aurait été rassurant. J'ai perdu mes moyens parce que c'était ma mère. »

(19) : « J'ai l'impression que je n'arrive pas du tout à être objective avec ma famille. Avec mon père je me suis dit, bon on va appliquer les règles, mais j'ai pas vraiment réfléchi sur ce qu'il fallait faire exactement. (...) Ça aurait été une autre personne, j'aurais plus réfléchi en fait. »

(19) : « C'était hyper gênant de l'examiner parce que c'est pas un oncle proche. Le fait de le déshabiller, de le toucher et tout, c'est un peu gênant je trouvais. »

2.1.7. Une minimisation ou exagération des faits et symptômes

Nous avons pu constater auparavant que l'interne est rarement juste lorsqu'il s'agit de prendre en charge les siens. Il est très compliqué pour lui de trouver un juste milieu et, suivant les situations, il a tendance à minimiser ou exagérer les choses. A certains moments, il pourra banaliser une situation, y montrer peu d'intérêt, car il pense connaître son proche et peut donc émettre des conclusions trop hâtives. A contrario, il pourra exagérer une situation ou des symptômes et s'entêter dans une démarche maximaliste avec des examens ou traitements à outrance. Pour d'autres, un manque d'investissement volontaire ou une mise à distance envers la santé de ses proches est employée comme un stratagème pour éloigner ses proches de toute sollicitation.

Verbatims en relation avec cette catégorie :

(15) : « Un membre de ta famille, soit tu peux dire à tort que c'est pas si grave que ça parce que tu as l'impression que tu connais ta famille, que tu sais à peu près que c'est des personnes qui se plaignent facilement, qui peuvent surévaluer leurs symptômes parce que justement tu es dans le milieu médical. Ou a contrario, tu peux surestimer la chose en cherchant des choses qui sont graves alors qu'elles pourraient ne pas l'être. »

(17) : « Je pense souvent qu'ils ont rien. Parce que peut être que j'ai envie qu'ils aient rien. »

(18) : « Pour les problèmes qui concernent la médecine générale et le quotidien, je pense qu'on dédramatise tout, qu'on prend tout un peu à la légère. »

(18) : « Si on me dit « tiens, j'ai mal au genou, est ce que tu peux regarder? », ça me gonfle, je sais que c'est pas grave et je dis que ça va passer sans m'y intéresser du tout. En fait, tu as le cul entre deux chaises, tu ne te penches pas complètement sur la question. »

(19) : « Je trouve qu'on est tellement pas objectif. Soit on minimise, soit on maximise les problèmes. Soit ça va être par exemple avec mon père, où je me disais oui il a un diabète et pleins de facteurs de risque cardio-vasculaire, faut sortir le bazooka, faire plus de choses. Ou par exemple quand ma mère me disait qu'elle avait mal à son dos tout le temps, ben moi je me disais, c'est qu'un mal de dos on s'en fiche quoi. »

(19) : « Je trouve qu'on n'arrive pas à soigner sa famille. On arrive pas à réfléchir objectivement. Soit on maximise, soit on minimise les choses. Sois tu pars dans le trop, et tu vas faire trop d'explorations, trop de médicaments, parce que tu as peur. Sois tu minimises et tu te dis, faut arrêter on voit ça tous les jours, y'a des choses plus graves. »

(110) : « Je sais pas pourquoi mais ma mère j'ai beaucoup de mal à m'en occuper. Je m'en suis rendu compte le dimanche soir avant de partir de chez elle que

je ne l'avais pas examinée. J'ai du mal avec elle parce que j'ai peut être tendance à banaliser. (...) J'imagine le pire en fait. »

2.1.8. Une sensation d'impuissance et parfois de frustration de l'interne

J'ai pu remarquer lors de mes entrevues que certains internes pouvaient se sentir impuissants et montrer des signes de frustration lorsqu'une demande n'était pas satisfaite. Cette impuissance émanait d'un manque de moyens sur l'instant, ou encore d'une absence de considération pour nos conseils.

Verbatims en relation avec cette catégorie :

(17) : « Moi là je ne pouvais rien faire. J'aime pas ce genre de situation parce qu'ils attendaient quelque chose de moi mais je ne pouvais rien faire à ce moment là et du coup ça m'a énervé. Ça m'a énervé de me sentir impuissant. »

(17) : « Je me suis senti impuissant. Ils attendaient clairement quelque chose de moi, sauf que je ne pouvais rien faire à ce moment-là. J'ai fait le minimum syndical. (...) J'aime pas me sentir impuissant, et encore plus face aux proches. »

(19) : « Mon père ne m'aurait jamais écouté si je lui avais dit mange mieux, boit moins, ça il s'en fiche. Par contre, si son médecin lui dit, faut faire attention à ce que vous mangez, il va le faire. »

2.2. Les bénéfiques dans la prise en charge des proches

2.2.1. Une envie de faciliter la prise en charge et le parcours de soins

Nous avons pu mettre en évidence précédemment un nombre important de limites à la prise en charge de nos proches. Cependant, j'ai pu apercevoir, dans certains de mes entretiens, des internes qui souhaitaient malgré tout aider et faciliter le parcours de soins de leurs proches. Ce désir se manifeste de multiples façons. Tout d'abord, il y a ceux qui répondent aux sollicitations des leurs afin

d'éviter des consultations « inutiles » avec leur médecin traitant. Puis, d'autres prescrivent les premières explorations qu'ils jugent nécessaires au début de la prise en charge, en allant parfois jusqu'à négocier des rendez-vous spécialisés plus précoces. Pour finir, ces jeunes médecins peuvent également améliorer la compréhension d'informations médicales. Lors de l'hospitalisation d'un proche par exemple, l'interne va pouvoir expliquer à son entourage les comptes rendus médicaux ou encore les paroles des médecins. Tout ceci contribue à faciliter et accélérer l'accompagnement médical du patient grâce à une relation privilégiée.

Verbatims en relation avec cette catégorie :

(I1) : « C'était juste pour dégrossir un petit peu et savoir s'il y avait un bilan ou une prise de sang à faire. Dans l'exemple dont je parle, j'ai réalisé un examen clinique, et prescrit un bilan biologique en ville avec un ECBU. »

(I1) : « J'ai voulu faciliter les choses dans la mesure où dans ce cas présent, il n'était pas français et l'accès à une consultation en ville me paraissait difficile. »

(I2) : « Je me dis que ça lui évite d'aller voir son médecin, et ça évite à son médecin de s'embarquer dans des motifs de consultation à répétition. »

(I2) : « Je me dis que le fait qu'on soit interne nous rend probablement plus accessible, c'est-à-dire que un médecin installé va probablement être moins sollicité par ses proches que un interne ou un étudiant en médecine. Parce que on va se dire il a que ça à faire puisqu'il n'est pas installé, je peux pas aller le consulter à son cabinet, donc c'est normal de lui envoyer un texto. »

(I8) : « Si on peut être facilitateur quand il y a quelqu'un qui est hospitalisé et que personne n'y comprend rien, ça clairement oui je vais leur expliquer y'a aucun soucis. »

(I10) : « Je me suis dit qu'il fallait à tout prix qu'il ait son IRM avant qu'il parte. J'arrive à avoir son IRM 4-5 jours avant qu'il parte. »

(I10) : « J'ai pris l'avis d'un pote interne ORL qui m'a donné le contact d'un Chirurgien ORL qui me donne un rendez-vous le lendemain du retour de son voyage. »

2.2.2. L'interne sollicité pour avant tout rassurer

Si les membres de notre famille nous sollicitent, c'est principalement pour être rassuré. Cela peut-être pour conforter un diagnostic fait par un autre médecin ou bien dédramatiser une situation tout à fait bénigne. Le fait de rassurer notre entourage passe essentiellement par une explication adaptée à la compréhension de chacun.

Verbatims en relation avec cette catégorie :

(I2) : « Je viens te voir pour te poser une question pour me rassurer que ce n'est pas grave et que je n'ai pas besoin d'aller voir le médecin. »

(I2) : « Pour elle en particulier, ça me fait plaisir de la rassurer. Elle a besoin d'être rassurée, je la rassure et c'est réglé. »

(I3) : « Je l'ai surtout rassurée et je lui ai dit que c'était quelque chose qui se faisait depuis longtemps, qu'il n'y avait pas plus de risque que ça. »

(I4) : « D'ailleurs mon frère a fait une colique néphrétique, je ne suis pas trop intervenue, mais je l'ai juste rassuré. (...) J'essaye vraiment de rassurer, d'expliquer que c'est vraiment ça. »

(I8) : « C'était plus pour rassurer ma tante. »

2.2.3. Une tendance à réorienter vers un autre médecin

Au cours de mes entretiens, j'ai pu me rendre compte qu'une majorité des internes avait tendance à diriger ses proches vers un autre médecin. Ce dernier peut être le médecin traitant ou un spécialiste. J'ai pu déterminer différentes raisons qui ont pu amener l'interne à réorienter son entourage.

Premièrement, le fait de ne pas maîtriser une situation ou de ne pas avoir les compétences adaptées pousse l'interne à rapidement passer la main. D'autre part, certains acceptent de répondre à des avis ou des conseils simples. Toutefois, dès que cela concerne des phénomènes plus chroniques ou récurrents, ils orientent leurs proches, pour la plupart, vers le médecin traitant.

Verbatims en relation avec cette catégorie :

(I1) : « Dès que je sens que ça me dépasse, il faut que je passe la main. »

(I1) : « J'ai tout simplement organisé, avec mon réseau et les contacts qu'on peut avoir via d'autres internes, une consultation spécialisée. »

(I2) : « En général, je désamorce le cancer. Après pour le reste, je lui dis tu vois ça avec ton médecin traitant. »

(I3) : « Je réoriente quand même vachement d'autant plus que c'est souvent assez spécialisé. »

(I5) : « Je lui ai dit d'aller voir son médecin traitant. »

(I6) : « J'essaie de les réorienter vers un médecin parce que je ne les vois pas, je les ai au téléphone, et ils sont à 600 kilomètres. »

(I7) : « Pour finir je leur ai dit qu'il fallait qu'il voit un médecin, parce qu'il fallait quand même que quelqu'un voit ses oreilles. »

(I8) : « Pour les trucs genre troubles du sommeil ou des trucs qui traînent, je leur dit non et je leur dis de voir avec leur médecin traitant. »

(I9) : « Quand c'est des choses un peu plus compliquées, quand je vois que je ne suis pas objective, je leur dis va voir ton médecin traitant. »

2.2.4. Une volonté assumée pour certains de prendre en charge leurs proches

Il est important de noter que malgré une tendance générale au refus de prise en charge des siens, certains internes assument volontiers leur envie de soigner leurs proches. Quand ils sont en capacité de le faire, ils tiennent à mettre à profit leur savoir pour les aider. Dès lors que cela dépasse leurs compétences, ils « passent alors la main ». Un autre point me semble essentiel de détailler, celui de la curiosité médicale. Je me suis aperçu du besoin pour certains de s'immiscer dans la prise en charge dans le but de faire « un diagnostic » ou encore de comparer sa prise en charge avec celle d'un confrère. Cette curiosité, nous la mettons en oeuvre au quotidien dans notre démarche diagnostique. Il peut donc paraître évident pour certains d'en faire au moins autant quand cela touche aux proches.

Verbatims en relation avec cette catégorie :

(I1) : « C'est quelque chose qui à mon avis aurait pu être géré en médecine générale dans un cabinet classique mais comme c'est une personne avec qui je suis proche, ça ne m'a posé aucun problème de voir avec lui le souci. »

(I1) : « Soigner mes proches, ça ne me pose pas de problème, (...) dans la mesure où je fais ce que je sais faire. »

(I4) : « J'ai pris mon stéthoscope et je me suis dit que j'allais me faire mon propre avis. »

(I4) : « En fait, c'était même moi qui voulais me faire mon idée sur ce qu'elle avait. Est ce que c'était justifié qu'elle ait ce traitement? »

(I8) : « Donner des conseils pour dire là je pense qu'il faut que tu ailles chez le médecin, là il faut que tu ailles consulter, y'a pas de souci. »

(I10) : « On aurait envie de dire bah il faut qu'ils voient leur médecin et que ça soit lui qui gère. Mais je trouve que tu as toujours envie de mettre ton nez dedans

quand même, de voir si toi tu aurais fait pareil ou bien d'essayer de faire avancer plus vite les choses. »

2.2.5. Une responsabilité particulière due au lien affectif

Lors de mes entrevues, un interne m'a fait part de l'importante responsabilité qu'il ressentait à prendre en charge sa grand-mère. Celle-ci avait une grande confiance en son petit fils et il n'imaginait pas la décevoir. Parfois, la confiance ou l'estime des proches envers notre avis et nos conseils est majeure. Cela peut-être perçu comme un devoir ou une obligation car nous ne souhaitons en aucun cas qu'ils soient déçus.

Verbatims en relation avec cette catégorie :

(I3) : « Je me suis dit que j'avais un peu de responsabilité quand même car elle a plus confiance en moi que la neurologue qui est la spécialiste de la maladie. Donc je me retrouve à avoir plus de responsabilité que le spécialiste qui s'y connaît bien dans la pathologie, pour donner un avis alors que je n'ai pas le dossier, et que je ne connais pas grand chose sur la question. »

2.2.6. Le plaisir de rendre service

Au cours de mes entretiens, j'ai pu identifier chez deux internes la notion de plaisir. Pour eux, répondre positivement aux sollicitations de leurs proches est source de bien être. C'est un geste « amical » qu'ils effectuent afin de rendre service et satisfaire une demande.

Verbatims en relation avec cette catégorie :

(I2) : « Ça me fait plaisir de lui rendre service et pour le coup, c'est un geste amical. »

(I3) : « Je suis quand même content qu'elle me sollicite, ça ne me dérange pas de donner mon avis. »

2.2.7. L'appui de l'interne pour renforcer l'avis d'un confrère

Nous sommes souvent interpellés par nos proches pour donner un avis sur une prise en charge ou un diagnostic fait par un confrère. Fréquemment, notre entourage nous accorde une confiance considérable. Grâce à cela, nous pouvons appuyer l'avis d'un spécialiste ou du médecin traitant. Renforcer l'avis d'un pair permet de consolider la relation médecin-patient qui est primordiale.

Verbatims en relation avec cette catégorie :

(I3) : « Je lui ai dit d'écouter sa neurologue qui la suit depuis plusieurs années, car elle avait sûrement beaucoup plus d'expérience que moi. (...) Elle pouvait lui faire confiance. »

(I3) : « Ma tante par exemple, elle s'était fracturée une vertèbre et elle me demande si il faut faire ou non une opération, une cimentoplastie. Je lui demande dans un premier temps ce qu'en dit le spécialiste afin d'aller dans son sens et d'appuyer sa parole. »

2.3. Les thématiques secondaires

2.3.1. Un positionnement difficile de l'interne l'amenant à s'interroger

Comme j'ai pu le constater durant tous les entretiens, chaque interne a été confronté à un moment ou un autre à une ou plusieurs sollicitations d'ordre médical de son entourage. Incontestablement, ils sont soumis à de multiples requêtes et leur positionnement est bien souvent délicat. Parfois tentés de s'intéresser au cas énoncé, ils préféreront, à certains moments, rester à distance et ne pas prendre partie.

J'ai pu me rendre compte de la complexité d'une telle décision. En effet, une multitude de facteurs entrent en compte dans la prise de décision de répondre favorablement ou non à ces diverses sollicitations. Par exemple, j'ai pu observer la force du lien affectif tissé avec le proche ou encore un cadre de consultation peu adapté pour une prise en charge optimale.

Certains internes réfléchissent à des « stratagèmes » pour éviter d'être pris au dépourvu et contourner des situations inconfortables. Enfin, malgré la volonté pour certains d'être justes et objectifs dans leur positionnement, nous pouvons constater que cela arrive rarement.

Verbatims en relation avec cette catégorie :

(I1) : « Est-ce que c'était indispensable que je sois rentré dans la prise en charge ? je ne le sais pas. »

(I1) : « Je pense que ça peut être intéressant de savoir si c'est un souhait des gens et pourquoi ils veulent ou non soigner leur famille. Est ce qu'ils le font ou pas, c'est une chose mais est-ce que ça les dérange, c'en est une autre. »

(I1) : « Je me suis plusieurs fois posé la question de proposer à cette personne un suivi spécialisé voire une consultation en médecine interne et je ne l'ai jamais fait parce que j'ai toujours eu du mal à trouver la façon de le dire ou le moment pour en parler car c'est quelqu'un que je vois de façon ponctuelle. »

(I2) : « Le fait de m'en avoir parlé, ça désamorce, elle est contente, elle me remercie et voilà. Après je ne sais pas combien de temps ça peut durer comme ça? »

(I3) : « Si par exemple ils me demandaient de prescrire une échographie ou autre, je pourrais le faire si je juge cela nécessaire. Pour quelque chose de simple, qui relève de la médecine générale. Mais d'un autre côté je me dis que pour le suivi, c'est compliqué, que ce n'est pas forcément la meilleure des choses à faire. »

(15) : « Déjà, je leur pose des questions sur pourquoi il me demande ça. Euh, qu'est-ce qui les a amenés à me demander ça? Est ce que c'est parce qu'ils ont un manque de confiance en leur médecin ou parce qu'ils sont angoissés car on a pas répondu à leurs attentes? Euh, j'essaie un peu de comprendre pourquoi ils en sont arrivés là. »

(15) : « Peut-être qu'il faut juste sortir de la prise en charge et pas du tout être le médecin de sa famille. Ou si on me demande un avis, demander à quelqu'un que je connais qui est dans la spécialité, quelqu'un de plus approprié pour donner son avis. »

(18) : « J'avais pas à intervenir au milieu de ce que le médecin traitant faisait. Et quand j'ai appelé le labo en disant que j'étais le médecin traitant, je me suis dit que c'était vraiment n'importe quoi (rires). C'était pas du tout ma place. »

(18) : « On verra dans les années à venir, peut-être que je ne dirais pas la même chose mais je pense que t'as pas le recul nécessaire pour soigner tes proches. »

2.3.2. Des sollicitations multiples et quotidiennes de l'entourage

Lors de notre internat, il est très fréquent pour nous d'être sollicité par nos proches. Cela peut être un simple avis ou bien une demande de conduite à tenir sur une situation plus complexe. Dans la majorité des cas, nous sommes interpellés pour des cas assez simples et banals et nous y répondons fréquemment. Mais d'autres fois, cela peut être des choses plus graves ou des demandes abusives et inopportunes comme des prescriptions d'ordonnances ou d'exams complémentaires.

Verbatims en relation avec cette catégorie :

(11) : « Des situations, il y en a pleins. (...) Ça m'évoque des questions au quotidien sur plein de situations où l'on me demande régulièrement mon avis sur un point de vue médical. Ça peut être un simple avis comme, je connais quelqu'un à qui il est arrivé ça, qu'en penses-tu ? Ou alors, il m'est arrivé quelque chose, est-

ce que tu peux m'aider ? Et dans ce cas là, la personne me demande un avis sur la conduite à tenir. »

(13) : « C'est souvent des situations assez simples, assez banales. »

(14) : « Les proches te posent des questions dès qu'ils ont un souci de santé. Du truc le plus banal au truc le plus grave qu'ils ont entendus à la télé par exemple ou des choses qui leur arrivent à eux, surtout des petites choses. »

(15) : « Ça m'évoque surtout des conseils que ta famille te demande sur des maladies qu'ils pourraient avoir, sur des symptômes qu'ils pourraient avoir. »

(16) : « La famille qui me demande des avis pour tout et n'importe quoi, qui me demande des ordonnances pour les dépanner parce qu'ils ont pas envie d'aller chez le médecin traitant. »

(16) : « C'est surtout pour des choses un peu plus banales on va dire. Mais quand ma famille me sollicite, je leur réponds quand même, j'ai pas envie de froisser ma famille. »

(18) : « Ce que je ne trouve pas facile avec la famille, c'est qu'ils viennent va- chement te voir car tout le monde dit : « Ah tu peux en parler à Agathe elle est médecin ». »

(110) : « Après vers chez moi, vers Carcassonne, j'ai plein de potes du Rugby qui me sollicitent pour des petites choses et je sais que si je ne leur réponds pas, ils ne verront pas de médecin. »

2.3.3. Une prise en charge adaptée en fonction du problème médical rencontré

Bien que cela paraisse évident, il faut souligner la différence de prise en charge en fonction du problème médical rencontré. Quand cela concerne la « bobologie » ou de simples conseils, les internes y répondent le plus souvent favorablement. Cependant, pour des choses complexes, des problèmes médicaux chroniques ou graves, nous avons pour attitude de réorienter et de mettre un frein à la prise en charge.

Verbatims en relation avec cette catégorie :

(I8) : « Quand c'est la rhino-pharyngite de mon petit frère qui pense qu'il peut guérir qu'avec un sirop comme quand il avait 3 ans je lui prescris mais bon... Mais pour les trucs genre troubles du sommeil ou des trucs qui traînent je leur dis non et je leur dis de voir avec leur médecin traitant. »

(I9) : « Quand c'est des toutes petites choses je réponds aux sollicitations, quand c'est des choses un peu plus compliquées, quand je vois que je ne suis pas objective, je leur dis va voir ton médecin traitant. »

(I9) : « Donner des petits avis ou réorienter les choses oui. Pouvoir conseiller ça ne me choque pas, mais prendre en charge un vrai problème aigu ou chronique je pense qu'il ne faut pas qu'on le fasse. »

(I10) : « Je me suis rendu compte que sur les pathologies graves ou à mauvais pronostic, tu es vite limité. »

DISCUSSION

1. Les forces et les biais de l'étude

1.1. Les forces de l'étude

Les internes interrogés ont tous manifesté de l'intérêt pour le sujet évoqué, à savoir la santé de leurs proches. Il faut noter qu'aucun refus n'est survenu sur les 10 sollicitations effectuées, témoignant leur préoccupation pour le thème abordé.

En effet, cet intérêt qu'ils ont porté à mon travail est probablement dû au fait qu'il s'agit d'un sujet touchant régulièrement l'interne et qui l'amène donc à se questionner. J'ai perçu la sincérité de leurs propos sur ce thème délicat en rentrant, de part les questions posées, dans l'intimité des individus pour recueillir les informations utiles à mon travail. J'ai pour exemple cette interne qui s'est livrée sur une expérience sensible et embarrassante : « *Pour revenir à l'histoire avec ma mère, j'en ai un peu honte, je ne l'ai jamais racontée à mes amis par exemple parce que je trouve ça totalement inadapté.* ».

Le choix de la méthode qualitative m'est apparu approprié pour ce travail car elle permet d'explorer les sentiments, les émotions ainsi que les comportements des personnes interrogées. L'entretien individuel compréhensif a permis, grâce à une liste de questions ouvertes et de relance, de réunir un grand nombre d'éléments pour en faire ressortir différents thèmes. Le guide d'entretien m'a aidé à garder un cadre et a contribué au bon déroulement des entretiens. Ce dernier s'est révélé être adapté au sujet traité, car il n'a pas nécessité d'important changement dans son agencement et sa composition. Seule une question de relance a dû être ajoutée à une question. La richesse des entrevues ainsi que la spontanéité des réponses des internes interviewés n'ont que très peu de fois laissé place à des questions de relance ou autres méthodes amenant à éclaircir un propos.

Le fait que l'enquêteur (interne) ait le même statut que les interrogés renforce la validité de l'étude puisque cela permet probablement aux internes de se livrer plus facilement.

L'utilisation de la méthodologie systématique avec une analyse reproductible, l'impartialité de l'enquêteur, ainsi que l'acquisition des données jusqu'à saturation a permis de rendre plus fiable l'analyse.

1.2. Les biais de l'étude

Différents biais sont inhérents à l'étude qualitative et il me semble important de les identifier et les détailler. Dans un ouvrage réalisé sur diverses méthodes d'enquête, Blanchet et Gotman soulignaient que la reconnaissance d'un biais n'est pas la marque de l'invalidité d'une méthode mais au contraire la condition pour que cette méthode atteigne un statut scientifique [17].

Le premier biais inévitable est le **biais de sélection**, apparu lors de la constitution de mon échantillonnage. Les sujets n'ont pas été tirés au sort, mais choisis à partir de la liste des internes en médecine générale, qui étudient actuellement dans la région Occitanie. Aussi, pour minimiser ce biais, les internes ont été sélectionnés selon le sexe, l'âge et le semestre d'internat, pour rendre mon échantillon le plus hétérogène et représentatif possible.

Un second biais est important à prendre en compte, c'est le **biais d'intervention**. La réalisation d'un entretien individuel compréhensif n'est pas un exercice facile et ce d'autant plus que l'interviewer est novice dans la pratique. Je me suis alors efforcé de poser les questions de la façon la plus neutre possible avec un discours fluide. Cependant, ce biais a pu intervenir lorsqu'il fallait recentrer le sujet ou enchaîner de façon convenable les questions. Au fur et à mesure des entretiens, ce biais s'est estompé grâce à l'apprentissage de la technique des entretiens individuels compréhensifs. De plus, on note que le fait que l'intervieweur soit également un interne en médecine générale peut faciliter les confessions des interrogés. Pour autant, cela peut être un frein à l'expression de ces derniers par crainte du jugement d'un confrère.

Un troisième biais incontournable est le **biais de mémorisation**. En effet, les internes ont été interrogés sur des situations bien souvent anciennes. Ils ont du

solliciter leur mémoire pour faire part de leurs histoires et ont pu omettre de restituer certains faits, certains éléments.

Les **biais liés à la méthode d'analyse et d'interprétation** me semblent intéressants à mentionner également. Dans les méthodes d'analyses qualitatives, les données réunies doivent être reproductibles et représentatives de la réalité afin d'assurer la meilleure validité interne possible. J'ai réalisé les différentes étapes de ce travail seul, de la réalisation des entretiens jusqu'à la codification des données. De ce fait, il existe un risque que mes propres idées préalables aux entretiens aient influencé l'analyse et l'interprétation des résultats.

Pour finir, on peut retrouver des **biais liés au codage manuel des données**. Effectivement, lors du codage, un certain nombre d'informations sont mises en avant car elles sont jugées intéressantes par l'auteur. Néanmoins, il n'est pas impossible qu'avec un autre auteur d'autres éléments ou explications aient pu ressortir. Pour Wanlin, il s'agit toujours de rassembler ou de recueillir un corpus d'informations concernant l'objet d'étude, de le trier selon qu'il y appartient ou non, de fouiller son contenu selon ses ressemblances thématiques, de rassembler ces éléments dans des classes conceptuelles, d'étudier les relations existantes entre ces éléments et de donner une description compréhensive de l'objet d'étude [20].

2. La confrontation des résultats aux données de la littérature

Donner des conseils médicaux ou bien prescrire des traitements à nos proches est une pratique courante chez les médecins, tout en connaissant les problématiques de cette conduite. Plus de 99% des médecins sont sollicités par leur famille pour des avis médicaux, des demandes de diagnostic ou encore des prescriptions de traitements. Par ailleurs, 85% des médecins ont déjà réalisé une ordonnance à la demande de leurs proches [21].

Dans la littérature, plusieurs raisons sont avancées par les médecins voulant soigner leurs proches : le sentiment d'avoir plus de connaissances, d'être plus investi qu'un confrère, le souhait de faire réaliser des économies à ses proches,

ou encore par sympathie, par amitié [22, 23]. Pour ma part, à travers mes entretiens, j'ai pu mettre en avant d'autres motivations, comme l'envie de faciliter le parcours de soins, la prise en charge de ses proches ainsi qu'un besoin certain de les rassurer.

L'interne, de part sa jeune expérience est probablement moins en confiance si on le compare avec un médecin généraliste expérimenté. Il peut de se fait se sentir inapte à prendre en charge son entourage. C'est possiblement pour cette raison qu'il aura tendance à réorienter rapidement vers le médecin traitant ou un médecin spécialiste. Mais son manque d'expérience n'est pas le seul frein poussant l'interne à refuser de soigner sa famille. Par cette étude, j'ai pu montrer que le manque d'objectivité, un cadre de consultation inadapté, une mauvaise évaluation de la symptomatologie ou encore un interne craintif envers la santé de son entourage sont également de multiples éléments permettant de comprendre la difficulté de la prise en charge des siens. A travers mes recherches bibliographiques, les principaux arguments donnés par les médecins ne souhaitant pas intervenir dans la prise en charge de leurs proches étaient le manque d'objectivité, la crainte de faire des erreurs de diagnostic ou la reconnaissance par ces derniers de leur incapacité à prodiguer des soins complets et continus à leur entourage [22, 23]. Ces arguments peuvent être retrouvés dans différents codes d'éthique médical, comme par exemple dans le General Medical Council [24], qui stipule que les médecins ne doivent pas soigner les membres de leur famille. Cependant, il y est précisé que les médecins peuvent traiter leurs proches en cas de problèmes mineurs ou d'urgence, en l'absence de tout autre professionnel de santé disponible.

Une récente étude me paraît essentielle à citer, c'est l'étude réalisée par Giroidi [25]. Celle-ci traite de la façon dont les médecins généralistes gèrent les demandes médicales de leurs proches. Dans cette étude, il a été déterminé 3 questions clés que les médecins doivent prendre en compte pour déterminer s'il fallait répondre ou non à la demande de leur proches.

Parmi ces 3 questions, la nature de la demande semblait être le facteur le plus important pour les médecins car elle déterminait l'urgence de la situation. Bien

évidemment en cas d'urgence, une réponse immédiate était requise. Lors de mes entretiens, peu de situations d'urgences ont été décrites. Néanmoins, j'ai pu constater que la nature de la demande influençait largement la décision des internes à intervenir ou non dans la prise en charge de leurs proches. Pour de simples conseils médicaux ou de la « bobologie », ils interviennent fréquemment, mais quand cela touche à des pathologies chroniques et du suivi, ils s'y refusent.

La deuxième question rapportée par Girolodi est celle du cadre dans lequel est faite la demande de soins. En effet, certaines situations sont considérées plus pratiques et confidentielles que d'autres. Par exemple, les fêtes ou les réunions de famille sont des lieux peu appropriés pour réaliser une consultation. A travers mon étude, j'ai pu apprécier l'importance du cadre de la consultation, car il faut rappeler que les internes sont bien souvent démunis de matériel médical ou encore de locaux appropriés pour consulter. C'est un paramètre majeur qu'ils devront appréhender afin de répondre à la sollicitation d'un proche.

Enfin, le troisième paramètre à prendre en compte, évoqué dans l'étude de Girolodi, est la relation du médecin avec le proche. Dans cette étude, il est noté que les médecins sont plus susceptibles de répondre favorablement à une demande quand ils se sentent proches de la personne demandeuse de soins. Pour ma part, il ne m'a pas été rapporté par les internes une différence notable de prise en charge en fonction de la relation affective avec le proche. Cependant, j'ai perçu durant mes entretiens la difficulté de l'interne à refuser de soigner ou de répondre à une question médicale d'un proche quand le lien affectif qui les unit est important. Il paraît difficile pour eux de dire non, soucieux de perturber la relation affective existante. Par ailleurs, j'ai ressenti pour certains un sentiment de responsabilité personnelle et une volonté de s'investir dans la santé des siens, voulant même par moment être informés de la santé de leurs proches pour eux-mêmes se rassurer.

Dans le travail de Peltz-Aim [26], c'est plutôt le risque de baisse de qualité des soins qui est mis en avant. Cet auteur fait part de la difficulté pour les médecins à trouver la distance nécessaire dans le soin. Il est d'autant plus compliqué, pour de jeunes médecins internes avec une expérience professionnelle réduite, de se

sentir à l'aise dans cette prise en charge si particulière. J'ai perçu la crainte et l'inquiétude des internes quand il s'agissait de répondre à une demande hors de leurs compétences. Les médecins expérimentés sont bien plus confiants lorsqu'il s'agit de traiter des questions médicales émanants de leurs proches. A travers leurs expériences, positives et négatives, ils ont appris à gérer ces dilemmes au fil du temps. Les jeunes internes font preuve de plus de prudence pour éviter les conséquences et les pièges potentiels.

Les discussions sur cette thématique doivent être contextualisées en prenant compte des difficultés actuelles d'accès aux soins pour la population. En effet, l'accès à la médecine de ville est de plus en plus compliqué avec des délais de recours à une consultation excessifs. En prenant en considération ce contexte, il paraît évident que toute application simpliste des lignes directrices actuelles, visant à éviter de donner des conseils ou soins médicaux à nos proches, n'est pas concevable.

3. Les pistes de réflexion et perspectives d'amélioration

Comme nous avons pu nous en rendre compte, il est difficile pour les médecins, aussi compétents qu'ils puissent être, de répondre aisément aux diverses demandes de leur entourage. Il apparaît donc nécessaire de bénéficier de formations et d'expérience pour aborder ces sollicitations en toute sécurité. Lors de notre cursus médical, nous avons bénéficié de nombreux enseignements, mais aucun d'entre eux n'aborde la thématique de la relation de soins si particulière que nous avons avec nos proches. Pourtant, il serait à mon sens intéressant de l'évoquer, de l'étudier et d'avoir une réflexion personnelle et collective à ce sujet. La mise en place de discussions de groupe animées autour de questions éthiques telles que celles-ci offrirait probablement une aide majeure aux jeunes médecins. Cela aiderait davantage les jeunes médecins à faire face à cette problématique en mettant en place des stratégies personnelles en matière de conseils et de soins envers leurs proches.

Cette étude ne rapporte ici que le ressenti du soignant et pas du soigné. Aussi, pour mieux comprendre et appréhender la relation complexe entre le médecin et

son entourage, il pourrait être judicieux d'interroger les proches afin d'avoir connaissance de leurs points de vue, susceptibles d'être différents.

Enfin, la complexité observée pour ce sujet pourrait justifier un réexamen des directives actuelles. Cependant, il paraît difficilement concevable d'avoir un avis tranché sur la question amenant à légiférer.

CONCLUSION

Quel médecin peut dire qu'il n'a jamais été sollicité par ses proches ? Du début de l'externat en médecine et ce jusqu'à la fin de nos jours, nous sommes et nous serons constamment interpellés pour répondre aux différentes demandes émanant de nos proches.

L'interne en médecine générale, encore peu expérimenté, n'a pas encore établi de stratagème quand il s'agit de répondre aux sollicitations de ses proches. Par ce travail, j'ai pu constater qu'il répond en général favorablement pour de simples avis ou encore quand une urgence s'impose à lui. Par contre, pour des pathologies chroniques, du suivi, ou bien des phénomènes complexes, une tendance au refus de prise en charge se dégage. Malgré tout, il est très difficile pour l'interne de dire non à ses proches, ce qui l'amène parfois à se retrouver dans une situation embarrassante.

De nombreux arguments ont émergé des entretiens avec les internes pour justifier leur volonté de refuser la prise en charge de leur entourage. Le principal fut le manque d'objectivité et de recul que l'on peut mettre en rapport avec la présence d'affect, de sentiments trop inhérents à la prise en charge. Par ailleurs, pour les internes acceptant volontiers de s'investir dans le soin des leurs, j'ai pu ressentir une certaine confiance en eux ainsi que dans leur prise en charge, leur permettant probablement de se sentir plus à l'aise. Cependant, dans la majorité des cas, l'interne est amené à réorienter son proche vers un confrère ou un spécialiste car c'est pour lui le moyen de donner une réponse à une demande sans s'impliquer et prendre le risque de se tromper.

La relation médecin-malade est donc au coeur de notre pratique et elle doit être basée sur la confiance, le respect, dans le but de délivrer une information de qualité. Mais peut-on parler de relation similaire quand le malade est un proche ?

Des réponses ont pu être apportées par ce travail. De multiples facteurs viennent bousculer cette relation initialement basée sur des sentiments et émotions. L'objectivité de notre regard médical est de ce fait perturbée et soulève inexorablement un problème éthique majeur qui mériterait une attention particulière à l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Eastwood GL. When Relatives and Friends Ask Physicians for Medical Advice: Ethical, Legal, and Practical Considerations. *J Gen Intern Med* 2009 ; 24 (12) : 1333-5.

[2] Percival T. Medical Ethics: Or, a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons : to which is Added an Appendix ; Containing a Discourse on Hospital Duties ; Also Notes and Illustrations [Internet]. S. Russell; 1803. 268 p. Disponible à : <http://books.google.fr/books?id=tVsUAAAAQAAJ> [Consulté le 28/01/2019].

[3] Collège des médecins du Québec, Code de déontologie des médecins.

[4] Article R.4127-7 du Code de la santé publique (article 7 du Code de déontologie médicale).

[5] The AMA Code of Medical Ethics' Opinion on Physicians treating Family Members. Opinion 8.19 - Self-Treatment or Treatment of Immediate Family Members, June 1993.

[6] Christman K, AMA Attacks Physicians caring for their Families. *Journal of American Physicians and Surgeons* 2011 ; 16 (3) : 85-87.

[7] La Puma J, Priest ER. Is There a Doctor in the House? An Analysis of the Practice of Physicians' Treating Their Own Families. *JAMA* 1992 ; 267 (13) : 1810-1812.

[8] Goubet J. Le médecin généraliste face à la santé de ses enfants : peut-on soigner ses enfants ? *Médecine humaine et pathologie* 2016.

[9] La Puma J, Stocking CB, LaVoie D, Darling CA. When Physicians Treat Members of Their Own Families. *N Engl J Med* 1991 ; 325 (18) : 1290-1294.

- [10] Beguin M. Synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin à une demande de soins venant d'un de ses proches. Thèse Med : Université Joseph Fourier, Grenoble, 2013.
- [11] Delmas V. Soigner ses proches : Une erreur ? Thèse Med : Université Claude Bernard - Lyon 1, 2014.
- [12] Marin Marin L. Positionnement des internes en médecine générale face aux problèmes de santé de leur proches. Thèse Med : Université Paris-Diderot, 2013.
- [13] Becker H. À la recherche des règles de la recherche qualitative. 2009. Disponible à : <http://www.laviedesidees.fr/A-la-recherche-des-regles-de-la.html>. [Consulté le 13/03/2019].
- [14] Fugier P. Les approches compréhensives et cliniques des entretiens sociologiques. Revue ¿ Interrogations? 2010 ; 11 (Varia). Disponible à : <http://www.revue-interrogations.org/Les-approches-comprehensives-et>. [Consulté le 13/03/2019].
- [15] Enriquez E. L'approche clinique : genèse et développement en France et en Europe de l'Ouest, in V. de Gaulejac et S. Roy (dir.), Sociologies cliniques, Paris, Desclée de Brouwer, pp. 19-35.
- [16] Kaufmann JC. L'entretien compréhensif. 2e édition refondue, coll. 128 Sociologie – L'enquête et ses méthodes. Ed. Armand Colin, Paris, 2007.
- [17] Blanchet A et Gotman A. L'entretien. 2e édition refondue, coll. 128 Sociologie – L'enquête et ses méthodes. Ed. Nathan Université, Paris, 1992.
- [18] Paillé P et Mucchielli A. Chapitre 11 - L'analyse thématique dans Paillé P et Mucchielli A (Dir), L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales, Paris, 2012, Ed. Armand Colin, pp. 231-314.
- [19] Blanchet A et Gotman A. L'entretien. Coll. 128 Sociologie – L'enquête et ses méthodes. Ed. Armand Colin, Paris, 2005.

- [20] Wanlin P. L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Recherches qualitatives. Hors-série*, 2007, 3, 243-273.
- [21] Aboff BM, Collier VU, Farber NJ, Ehrenthal DB. Residents' prescription writing for nonpatients. *JAMA*. 2002;288(3):381-385.
- [22] Scarff JR, Lippmann S. When physicians intervene in their relatives' health care. *HEC Forum*. 2012;24(2):127-137.
- [23] Dusdieker LB, Murph JR, Murph WE, Dungy CI. Physicians treating their own children. *Am J Dis Child*. 1993;147(2):146-149.
- [24] General Medical Council. Good Medical Practice 2013 Web site. http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice.asp. Accessed Sep 15, 2016.
- [25] Giroldi E. Family Physicians Managing Medical Requests From Family and Friends. *Ann Fam Med* 2018;16:45-51. Disponible à : <https://doi.org/10.1370/afm.2152>. [Consulté le 16/05/2019].
- [26] Peltz-Aim J. Comment les médecins se positionnent-ils vis-à-vis des maladies de leurs proches ? Thèse Med : Université Paris Diderot, Paris 7, 2012.

ANNEXES

Guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Arthur Padoin.

Merci d'avoir accepté de répondre à mes questions.

Je réalise des entretiens pour ma thèse de fin d'étude afin d'étudier l'expérience de soins de l'interne en médecine générale avec ses proches.

La durée de cette entrevue n'excédera pas 45 minutes.

Ce qui m'importe, c'est de bien comprendre ton point de vue. Dis-moi les choses le plus librement possible.

Je tiens à rappeler que cet entretien est anonyme : vos réponses seront utilisées uniquement à des fins d'analyse et ne seront jamais reliées à vos nom et prénom. Au cours de l'entretien, j'aimerais que nous abordions les bénéfices et difficultés que tu aurais pu rencontrer en répondant à une situation ou bien une question médicale concernant un proche.

Question (Q) 1 : Si je te parle de l'expérience de soins avec sa famille quand on est soignant, qu'est ce que cela t'évoque ?

Question de relance (QR) 1 : Pense à un repas, une réunion de famille ou encore les fêtes de Noël.

Q2 : Raconte-moi une situation où un proche t'a sollicité(e) pour un avis médical le concernant ?

QR2 : Pense à une situation précise que tu peux me raconter en détail. Dans quel lieu, contexte ?

Q3 : Comment as-tu vécu cet épisode ?

QR3 : Qu'as-tu ressenti au fond de toi. Est ce que au fond de toi, cela t'a évoqué une différence par rapport à un patient lambda?

Q4 : Avec le recul et l'expérience, qu'as-tu pensé de ta réponse donnée à l'époque ?

QR4 : Comment analyses-tu ta réponse ?

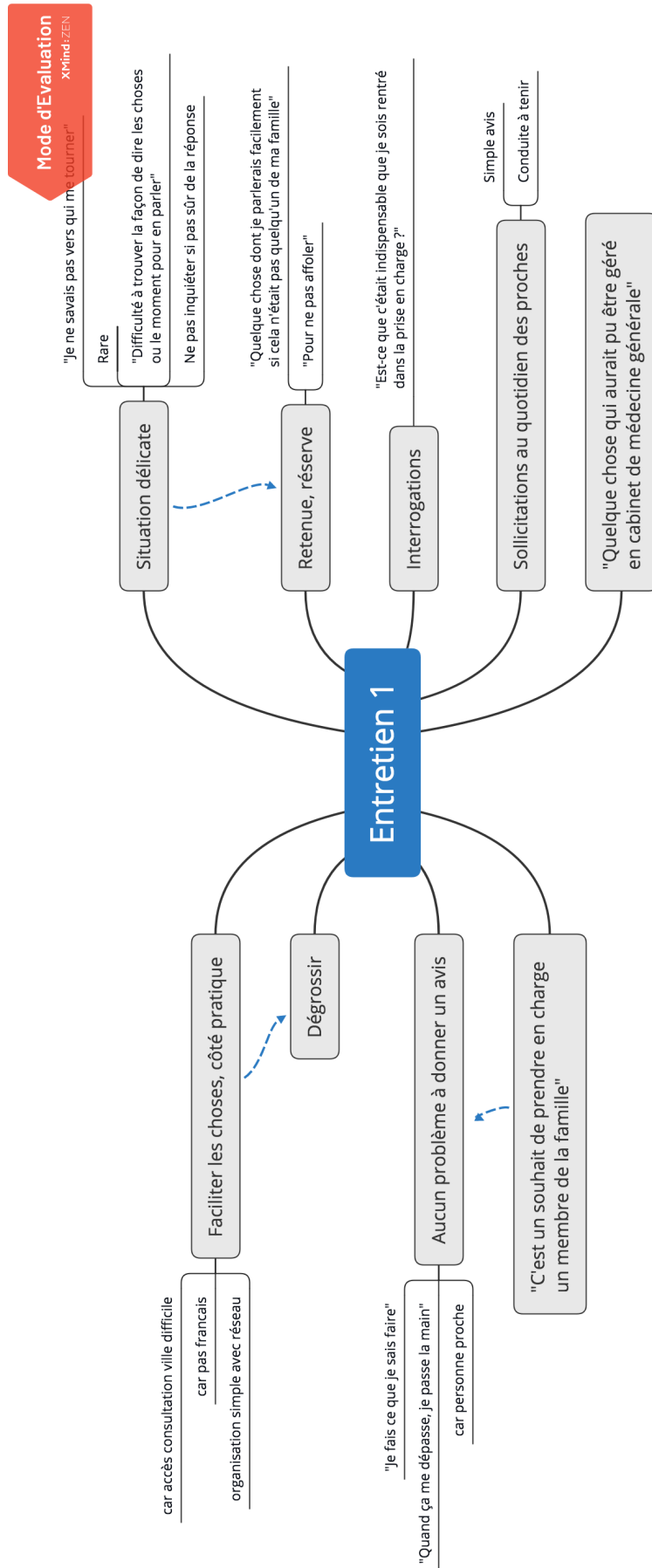
Q5 : Comment ça se passe aujourd'hui, quand ton entourage te pose des questions médicales, quelle est ton attitude ?

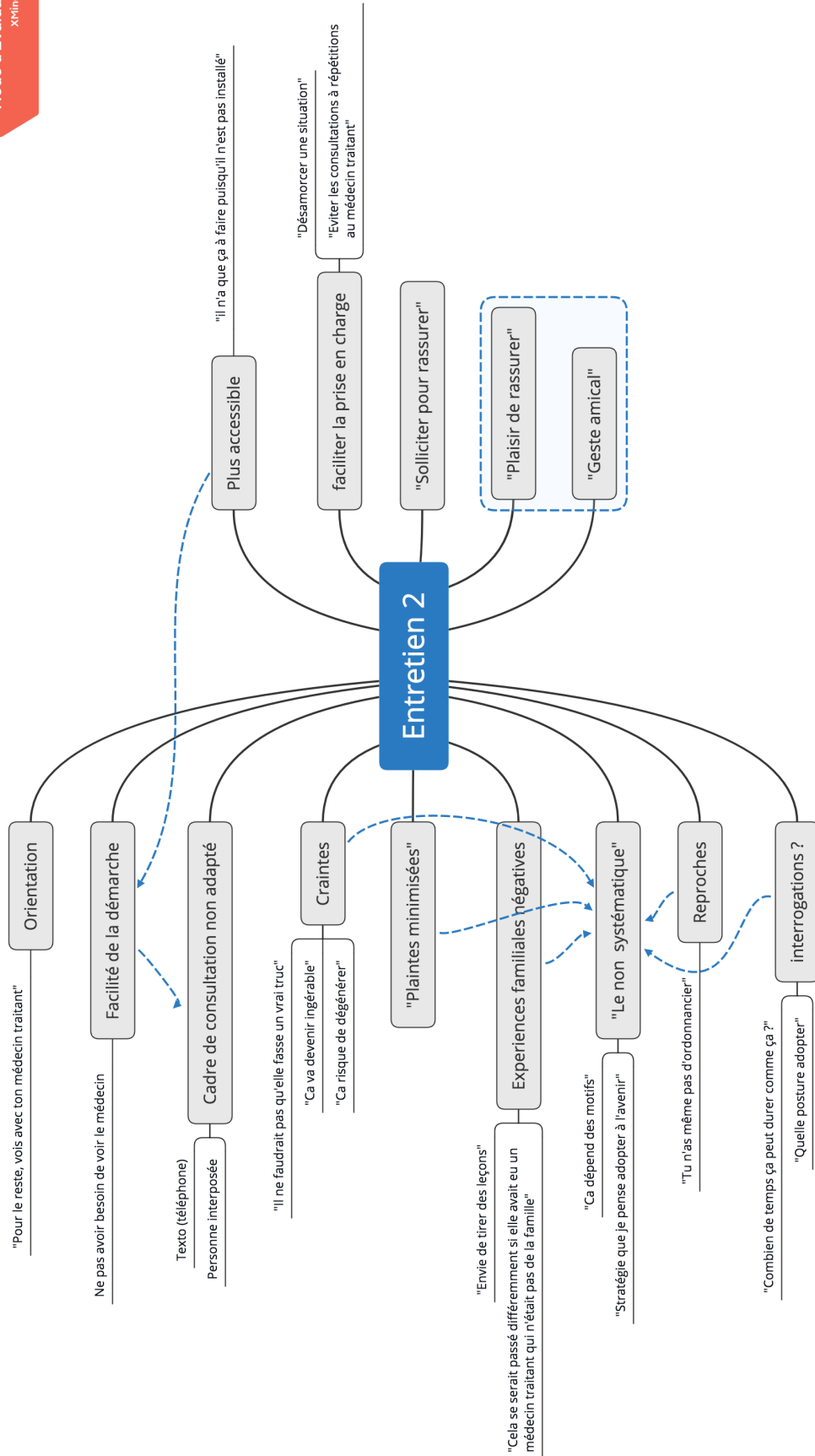
QR5 : As-tu été sollicité(e) récemment, as-tu un exemple ?

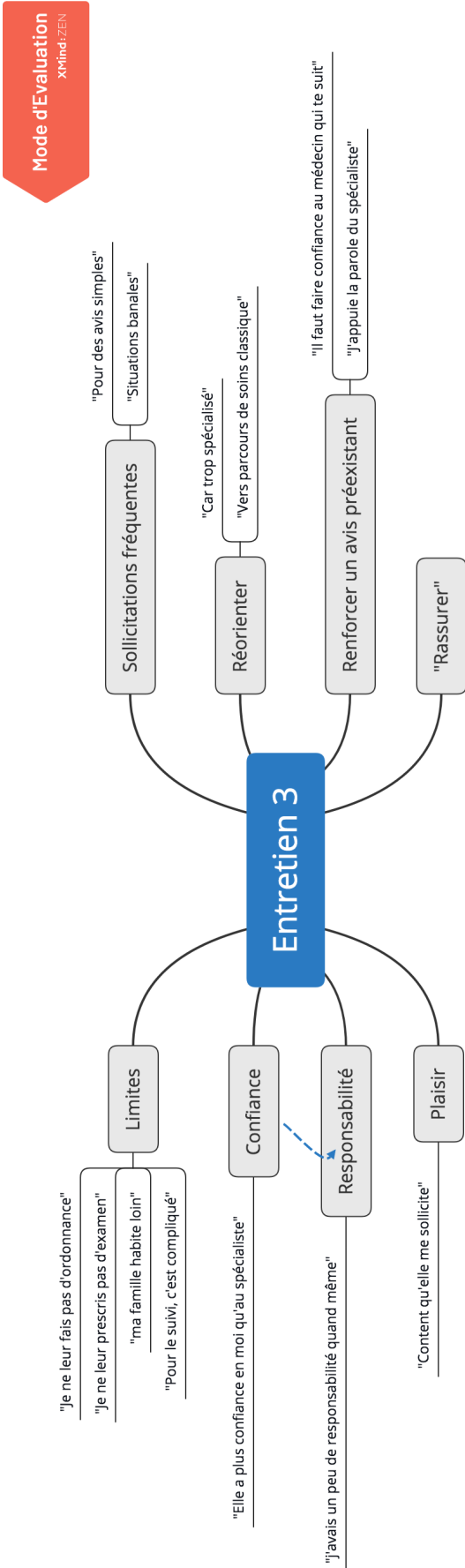
Q6 : As-tu des anecdotes que l'on t'aurait racontées ?

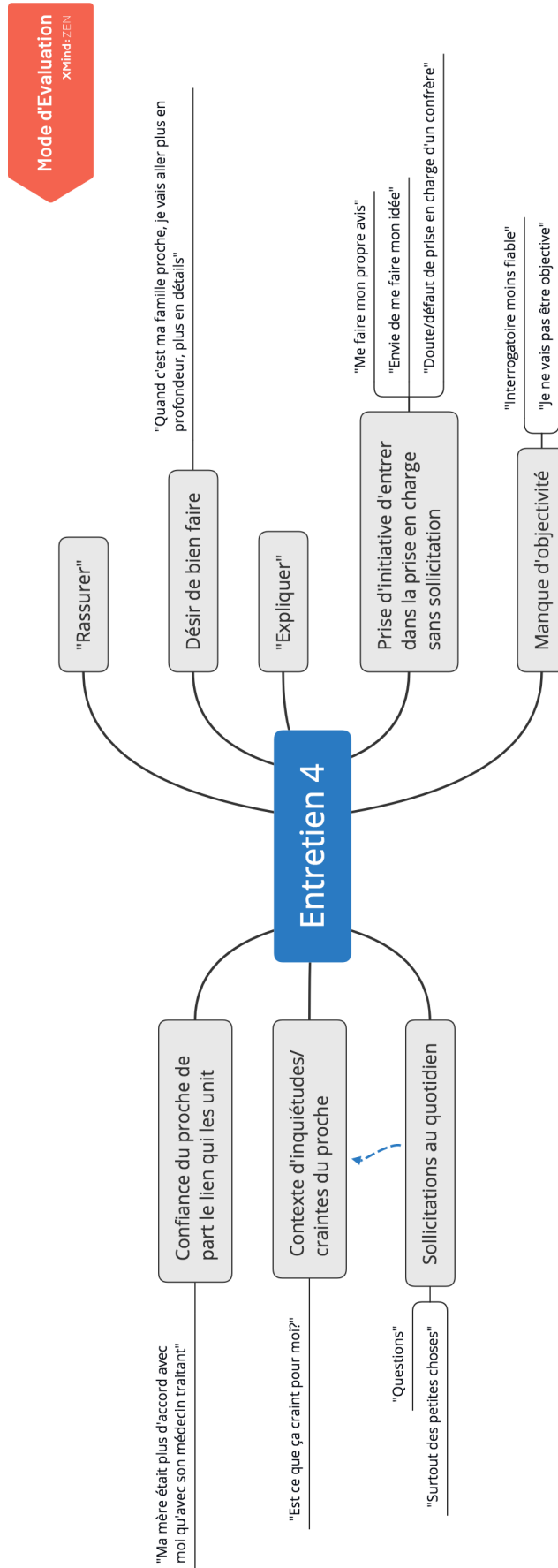
Q7 : As-tu quelque chose à rajouter ?

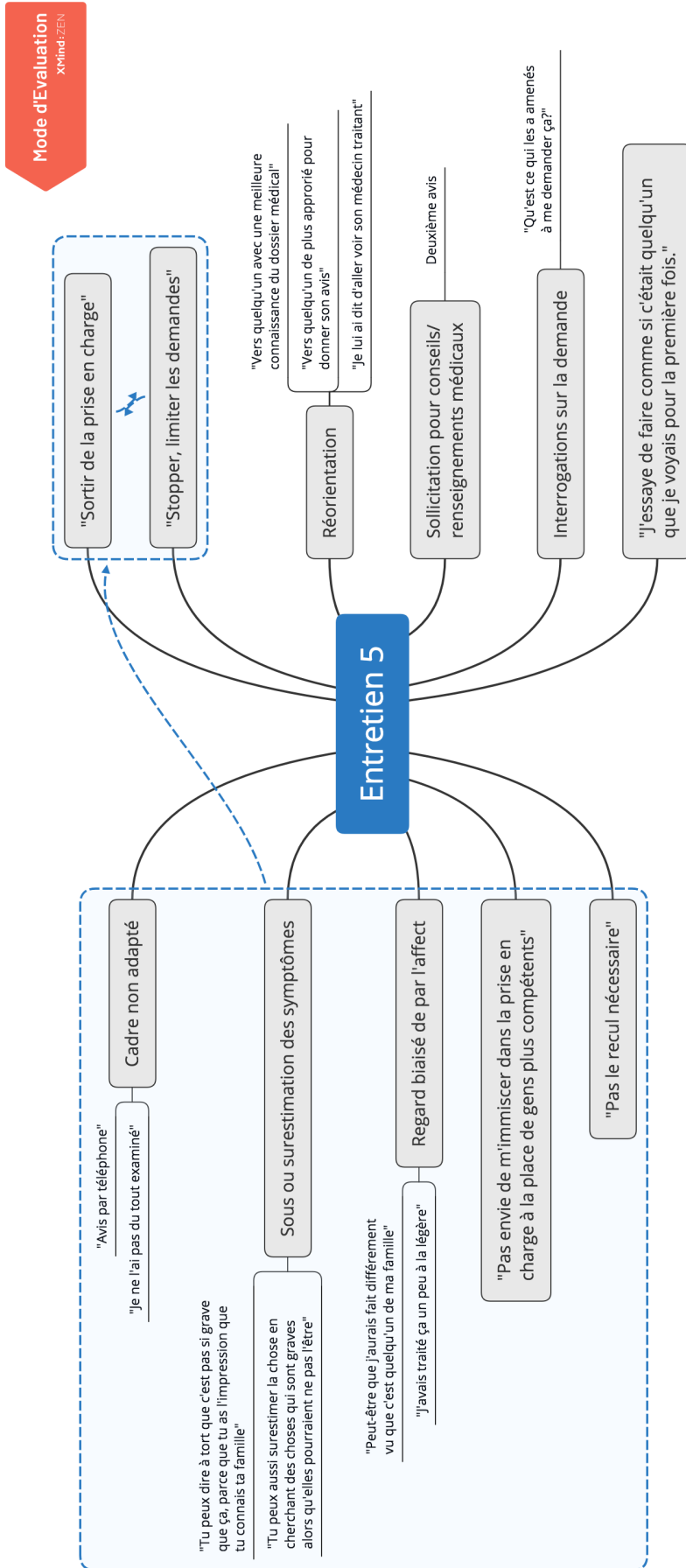
QR7: Des propositions, idées, est-ce que tu veux modifier quelque chose ?

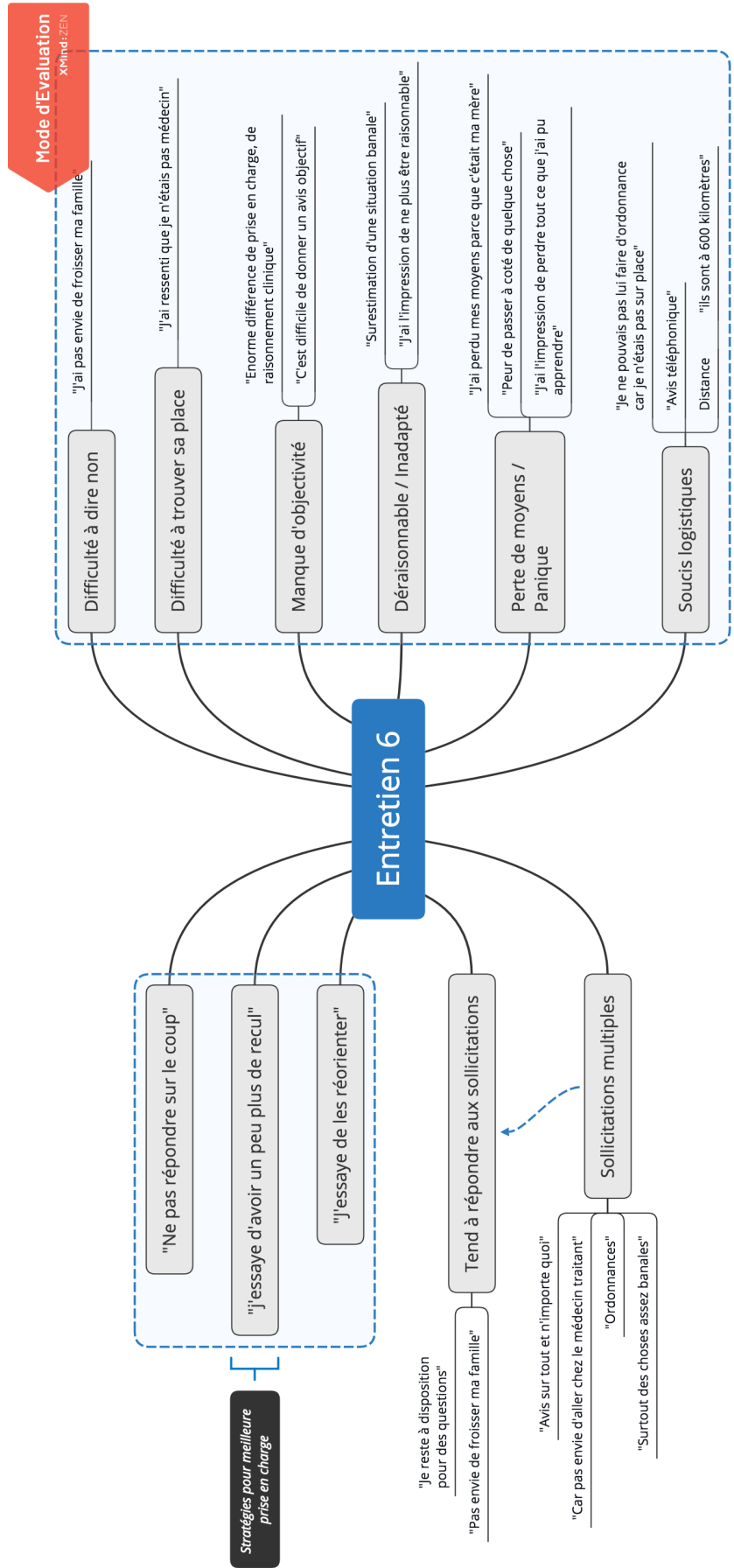


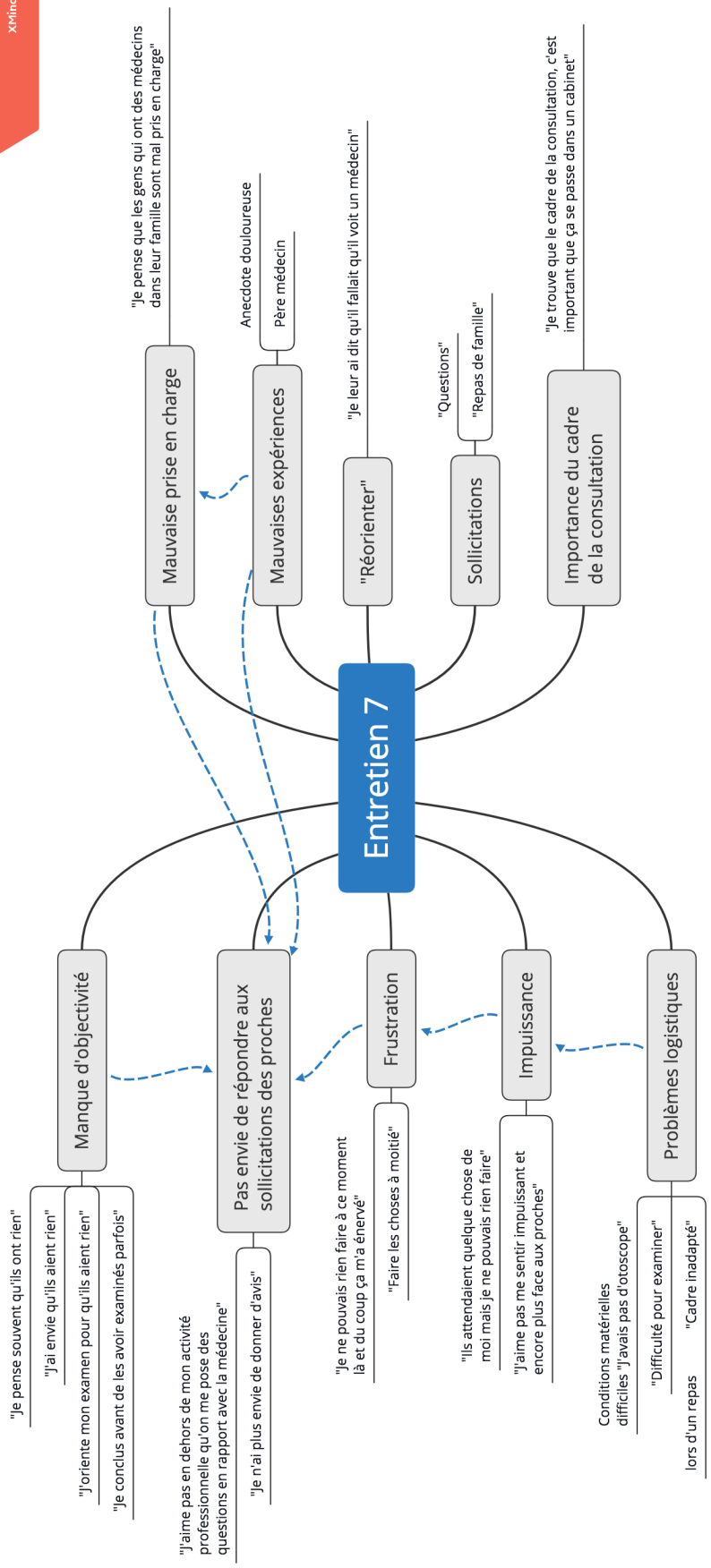


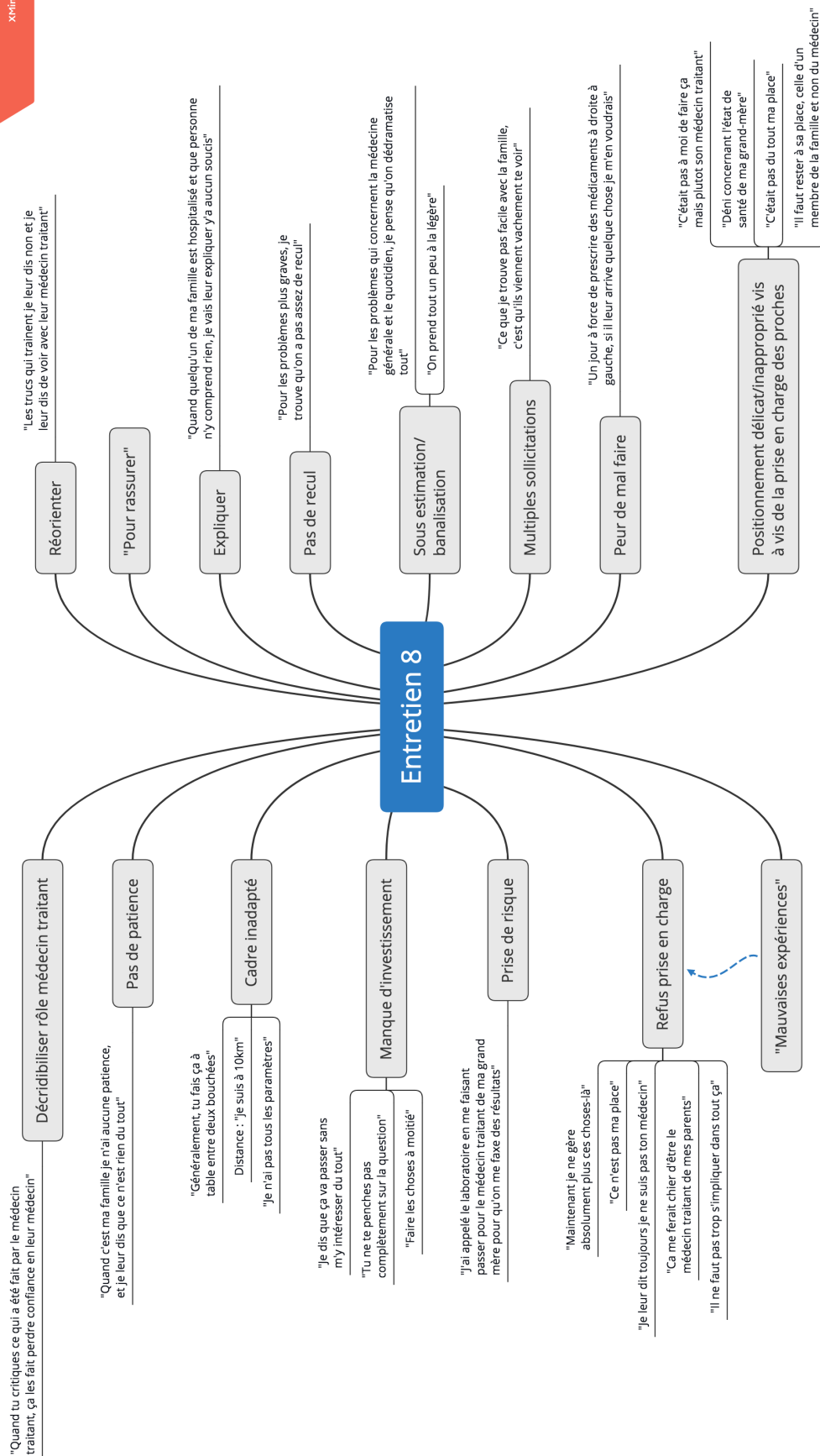


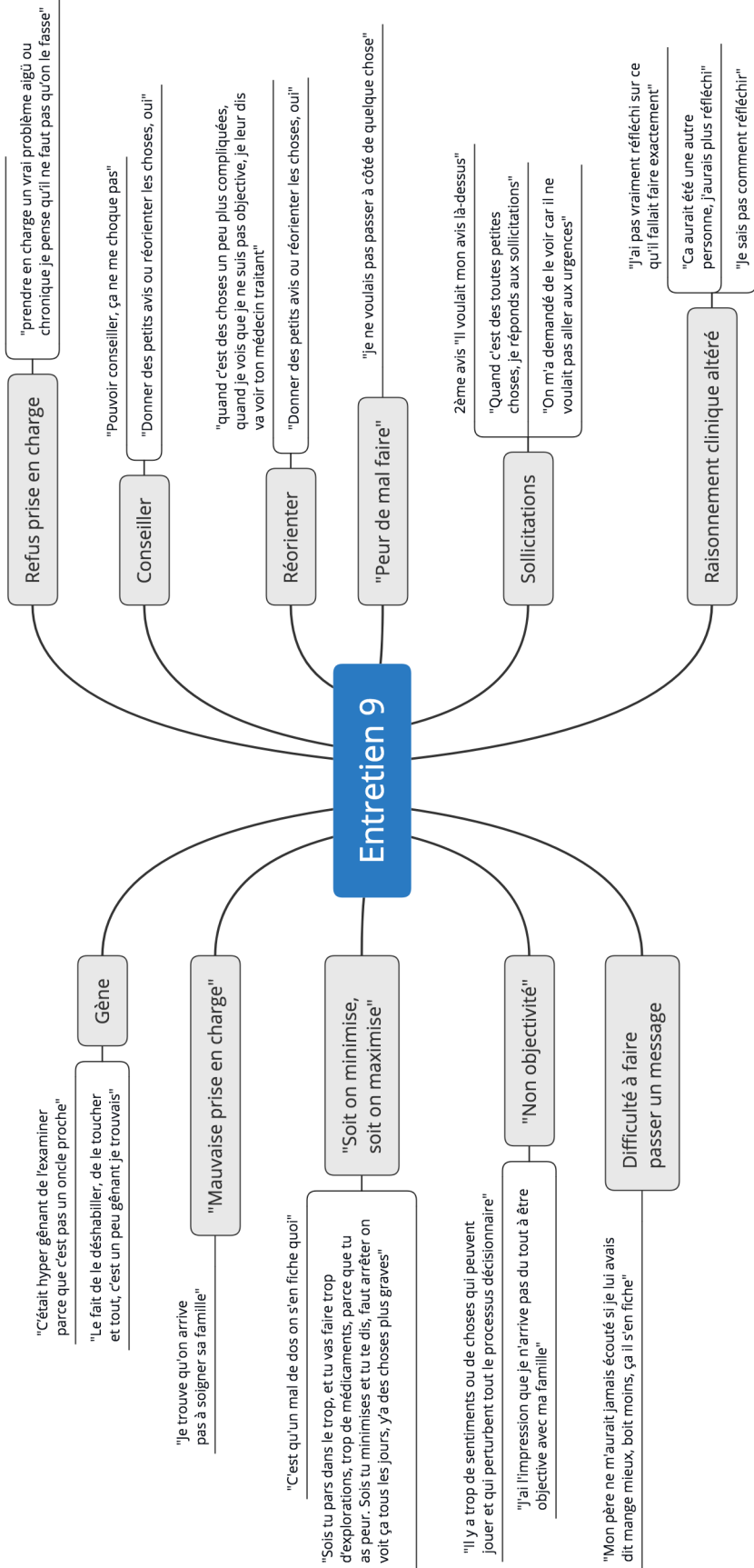












SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

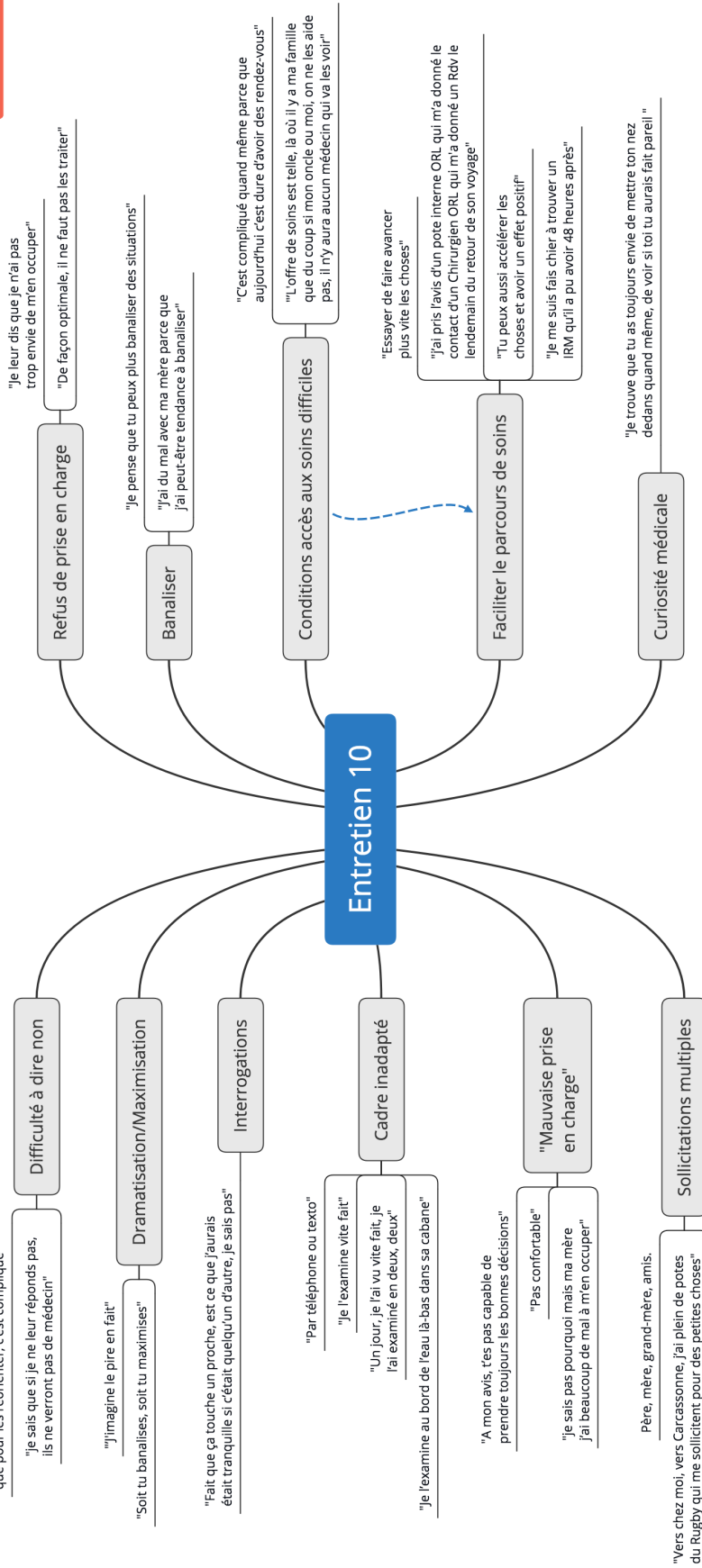
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RESUME

L'interne en médecine générale, jeune médecin en devenir, est souvent sollicité par sa famille et ses proches pour de multiples raisons d'ordre médical, mais est-il légitime dans ce rôle ? L'objectif principal de ce travail est de comprendre l'expérience vécue des internes de médecine générale impliqués dans la prise en charge de leurs proches.

Une étude qualitative par entretiens individuels compréhensifs a été menée auprès d'internes étudiant en région Occitanie, avec retranscription et anonymisation des enregistrements. Une analyse thématique des données avec un codage manuel axial et transversal a ensuite été réalisée.

Au total, dix internes ont été interrogés, avec autant d'hommes que de femmes. Ont été analysés d'une part les difficultés et limites rencontrées dans la prise en charge des proches et d'autre part les bénéfices associés.

Ces entretiens m'ont permis de mettre en évidence leurs motivations, comme l'envie de faciliter le parcours de soins, la prise en charge de ses proches ainsi qu'un besoin certain de les rassurer. Cependant, le manque d'objectivité, un cadre de consultation inadapté, une mauvaise évaluation de la symptomatologie ou encore un interne craintif envers la santé de son entourage ont été de multiples éléments permettant de comprendre la difficulté de la prise en charge de leurs siens.

L'interne en médecine générale, peu expérimenté, n'a pas encore établi de stratégie quand il s'agit de répondre aux sollicitations de ses proches. Parce travail, j'ai pu constater qu'il répond en général favorablement pour de simples avis ou encore quand une urgence s'impose à lui. Par contre, pour des pathologies chroniques, du suivi, ou bien des phénomènes complexes, une tendance au refus de prise en charge se dégage.

MOTS CLEFS

relation médecin-malade, éthique médicale, soigner ses proches, interne en médecine générale, entretien individuel compréhensif