HAL open science

Dans quelle mesure les médecins généralistes soignent-ils leurs proches ? Étude qualitative en Isère, Savoie, Haute-Savoie

Florian Chabert, Benoît Tschirner

▶ **To cite this version:**

Florian Chabert, Benoît Tschirner. Dans quelle mesure les médecins généralistes soignent-ils leurs proches ? Étude qualitative en Isère, Savoie, Haute-Savoie. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03384302

HAL Id: dumas-03384302

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03384302v1

Submitted on 18 Oct 2021

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de l'archive ouverte DUMAS (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2021

DANS QUELLE MESURE LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SOIGNENT-ILS LEURS PROCHES ?

ÉTUDE QUALITATIVE EN ISÈRE, SAVOIE, HAUTE-SAVOIE

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par M. Florian CHABERT [Données à caractère personnel]

et M. Benoît TSCHIRNER [Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 15/10/2021

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Prof. émérite François MOUTET

Membres :

Mme. le Dr Claire COLLET-BEILLON (directrice de thèse)

M. le Dr Jean-Baptiste KERN (directeur de thèse)

M. le Dr Yoann GABOREAU

M. le Dr François PAYSANT

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

RÉSUMÉ

Introduction : Tout médecin a déjà été confronté à une demande de soin venant de proches. Qu'est ce qui motive les médecins généralistes à accepter ou à refuser le soin ? Quelle est leur démarche intellectuelle et émotionnelle ? L'objectif de l'étude était d'analyser la réaction des médecins généralistes face à la demande de soin d'un proche, sur le territoire d'Isère, Savoie et Haute-Savoie et d'en dégager un modèle explicatif.

Matériel et Méthodes : Il s'agissait d'une étude qualitative en focus group dont l'analyse était inspirée de la méthode par théorisation ancrée. Les critères d'inclusion étaient : médecin généraliste libéral installé en Isère, Savoie, Haute-Savoie, exercice en rural, semi urbain ou urbain. Des remplaçants et retraités ont été inclus secondairement. Les données audios ont été enregistrées sur smartphone, retranscrites, puis analysées par codage avec triangulation des données. Les investigations sont allées jusqu'à saturation des données.

Résultats : Chaque généraliste avait sa propre vision quant à l'acceptation ou au refus de la demande en fonction du contexte, de la nature des soins, de la façon de les réaliser le cas échéant et de leur ressenti ensuite. Une tendance se dégageait vers une volonté nette de cadrer le soin du proche afin de se sentir dans son rôle de médecin. Le généraliste tendait à être un équilibriste entre le vouloir de ses proches, son confort, le danger inhérent aux soins et sa gestion émotionnelle.

Discussion et conclusion : Il semble crucial de bien réfléchir et de faire son choix de façon éclairée. Une fois face à la demande, la réponse d'acceptation ou de refus se doit d'être rapide, parfois précipitée. Ce travail permet d'amener tout généraliste ou étudiant de médecine générale à se poser les bonnes questions avant qu'une telle situation ne lui soit imposée.

ABSTRACT

Title : In which way general practitioners treat their relatives ? Qualitative study in Isère, Savoie, Haute-Savoie.

Introduction : Every physician has already been confronted with a relative's care request. What are their motivations to accept or refuse those demands ? What is their intellectual and emotional approach ? This study's objective aims to analyze the reaction of general practitioners when faced with a relative's care request in Isère, Savoie and Haute-Savoie, in order to create an explanatory model.

Method : This qualitative study used data from focus groups in an analysis inspired from grounded method theory. This study included general practitioners from private, installed in Isère, Savoie, Haute-Savoie, practice in rural, semi urban or urban areas. Substitutes and retirees were included subsequently. Audio datas were recorded on smartphones, transcribed, and analyzed via coding with data triangulation. Investigations were carried out until data saturation.

Results : Each general practitioner had his own view regarding the acceptance or the refusal of the request depending on the context, the type of care, the way to carry it out and their feeling. A trend in the results revealed a firm desire to frame the care of the relative in order to fit in their physician role. The general practitioner could be described as a tightrope walker between relative's pressure, his own comfort, risks inherent to healthcare and his emotional management.

Discussion and conclusion : It seems crucial to think on it and to choose in an informed way. When facing a request, the answer to accept or to refuse must be quick, sometimes rushed. This work could help every general practitioner or medical student ask themselves the right questions before being confronted with this kind of situation.

Doyen de la Faculté : **Pr. Patrice MORAND**

Année 2020-2021

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine
PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

REMERCIEMENTS EN COMMUN

A tous les médecins qui ont accepté de participer aux soirées de débat en période COVID, merci pour leur accueil et leur bonne humeur. Ce travail n'existerait pas sans eux.

A Monsieur le professeur François Moutet,

Merci pour votre disponibilité et de nous faire l'honneur de présider notre jury.

Aux Docteurs Claire Collet-Beillon et Jean-Baptiste Kern,

Merci d'avoir accepté de nous accompagner dans ce travail en tant que co-directeurs. Pour votre implication, votre aide et vos conseils avisés.

Aux Docteurs Yoann Gaboreau et François Paysant,

Recevez nos sincères remerciements pour avoir accepté de participer au jury de notre thèse.

REMERCIEMENTS DE BENOÎT

À Chabert, mon co-thésard mais avant tout ami,

Ça n'a pas toujours été facile de lier les deux d'ailleurs. On ne se sera jamais autant vu, merci de m'avoir supporté pendant ce travail.

À ma petite Laura,

Tu me fais découvrir tellement de trucs, la vie n'est que meilleure depuis qu'on se connaît. Merci pour ta tendresse qui m'a tant aidé à supporter ce travail. Tu me correspond et me complète, je t'aime.

À mes parents,

Vous avez toujours été là pendant mes études, toujours été présent pour le positif et le négatif, pour un coup de pouce, un conseil malgré mon mauvais caractère et mes cachotteries. Je n'ai jamais su vous exprimer ma gratitude pour tout ça : merci.

À mes frérots,

Mes études et mon travail m'ont un peu éloigné de vous. Vous restez ma famille de viking pour toujours même si on ne peut plus passer de nuits blanches à geeker.

À Nico et Pierrick,

Mes brother from an other mother. Vous avez été mes confidents et j'ai appris la vie étudiante (et la biture) à vos côtés. Personne ne comprendra jamais nos délires, vive les otaries et les aigles.

À Agathe, Blachon, Camille, Chloé, Isabelle et Yann,

Votre amitié m'a permis d'apprécier la vie sociale dans une "grande ville" comme Grenoble pendant notre externat. Et notre groupe continuera de vivre à travers les pornichades.

À Hernandez,

Qui me harcèle depuis le lycée. Il va falloir rattaquer les soirées mirador à présent.

À Hugues,

Ton esprit n'a aucun sens et c'est ça qui est bon. Il faut continuer de l'alimenter avec la fée verte. A quand la prochaine soirée vodka/pompes/trance ?

À Julie, Astrid et Grég,

Avec qui j'ai passé de nombreuses soirées en station d'hiver à décompresser après avoir travaillé tard pour traiter les jambes cassées des monchus.

À tous les médecins et secrétaires avec qui j'ai été en stage,

Vous m'avez formé et donné l'amour de la médecine de montagne. Merci de m'avoir fait confiance.

REMERCIEMENTS DE FLORIAN

À Benoît,

Merci de m'avoir accompagné dans cette aventure qui fut grâce à toi un réel plaisir. Je n'ai pas dû être tous les jours très facile, merci pour ta patience et ta bienveillance.

À Nicolas, Jehann, Pierrick, Chloé, Camille, Yann, Agathe,

Nous nous somme un peu éparpillés dans toute la France (et l'Europe peut être bientôt mon Blachon). Chaque fois que nous nous revoyons, c'est avec un grand plaisir. J'espère que ça durera longtemps.

À Quentin,

Le coloc pendant 3 ans, tellement de soirées studieuses en ta compagnie, à nous abreuver de connaissances… Le bon temps du tennis, du geekage et de l'insouciance. Bref merci maggle.

À Simon et Claire,

Beaucoup de temps passé dans votre appart, pour décompresser, se lâcher, se faire des bonnes orgies de bonne bouffe. Merci à vous.

À Alexis,

Tu es un peu trop loin à mon goût, bien décidé à faire tous les territoires francophones de la Terre. Mais quoi qu'il arrive, tu n'es jamais bien loin… Mon témoin irremplaçable.

À Paul,

25 ans que ça dure, depuis la maternelle… Que dire, où que tu finisses, où que tu sois, je penserai toujours à toi. Un point de repère et un témoin exceptionnel. Merci pour tout, merci d'être là tout simplement.

À ma belle famille,

On se connaît depuis pas si longtemps que ça, j'espère que l'aventure sera longue et belle entre nous. En tout cas, je me sens bien avec vous.

À ma famille, mes parents et mon frère,

Tout ce que je suis devenu, je vous le dois. Vous m'avez toujours soutenu, quoi qu'il arrive, quand ça allait bien et quand ça tournait moins bien. Je vous aime, et ça ne changera jamais.

À Clémence,

La femme de ma vie, mon épouse, ma plus belle rencontre. 7 ans que je vis le parfait amour, qu'il dure éternellement. Et merci pour ton inspiration sans laquelle ce travail n'aurait probablement jamais vu le jour. Je t'aime et je t'aimerai toujours.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION **15**

MATÉRIEL ET MÉTHODE **17**

RÉSULTATS **19**

I / CARACTÉRISATION DE L'ÉCHANTILLON 19

II / CONTEXTE DE LA DEMANDE 20

A - Qui demande le soin et comment 20

B - Quel type de soin 21

III / RESSENTI DU MÉDECIN FACE AUX DEMANDES DU PROCHE 21

IV / RÉACTION DU MÉDECIN FACE AUX DEMANDES DU PROCHE 22

A- Volonté de cadrer 22

B - Lorsque le médecin accepte la demande 24

C - Lorsque le médecin refuse la demande 28

D - La décision dépend de l'ancienneté du médecin 32

E - La décision dépend de qui est le proche 32

F - Ambivalence face à la demande 33

V / RESSENTI DES PROCHES FACE AU REFUS 34

A - Le proche ne comprend pas le refus 34

B - Le proche comprend le refus 35

VI / LES DIFFICULTÉS PERÇUES LORS DES SOINS EFFECTUÉS 35

VII / LES FACILITÉS PERÇUS LORS DES SOINS EFFECTUÉS 37

VIII / LORSQUE LE MÉDECIN N'EST PAS SOLLICITÉ DANS UN PROBLÈME DE SANTÉ D'UN PROCHE 38

DISCUSSION **41**

I / PRINCIPAUX RÉSULTATS 41

II / FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE 47

A - Forces 47

B - Limites 49

III / COMPARAISON À LA LITTÉRATURE 52

IV / PERSPECTIVES 55

CONCLUSION **56**

BIBLIOGRAPHIE **58**

ANNEXES **60**

INTRODUCTION

”Dis moi, est-ce que tu pourrais…”, “excuse moi de te déranger avec ça mais…”, tout médecin a déjà entendu ces phrases venant de proches en quête d'aide médicale, dans tout type de circonstance : un dîner de famille, au téléphone, en week-end. Pour La Puma [1], 99% des médecins interrogés reconnaissaient avoir été sollicités par leurs proches pour un conseil médical ou une prescription. D'ailleurs, ce phénomène se présente rapidement chez un médecin, dès le début de ses études. Dans la thèse de Marin [2], la quasi-totalité des internes avaient déjà été sollicités par leurs proches pour des questions de santé.

Sollicitations qui semblent compréhensibles car il serait naturel de se tourner vers une personne bien connue lorsque survient un problème en rapport avec sa profession. Mais ces sollicitations médicales ont de singulier qu'un événement de santé touche souvent à l'intime. Une demande de soin est un processus qui fait appel à la confiance, qui peut mettre des années à se construire, mais s'écrouler en quelques instants. Cette confiance patient-médecin est différente de celle entre proches, plus intime et mêlant un vécu qu'il est difficile de retrouver dans une relation médecin-patient standard.

Dès lors, il faut répondre à ces sollicitations. Est-ce que cette relation de confiance force le médecin à répondre par la positive à la demande de soin ? C'est une idée que l'on retrouve dans une thèse où est évoquée une obligation du médecin de soigner son proche du fait de la nature de leur relation [3]. C’est là que repose toute la difficulté avec la question de la subjectivité. Facilite-t-elle ou non le soin ?

Lors de notre internat, il nous est arrivé de remarquer la pratique des médecins chez qui nous officiions en tant qu'interne. Et ces pratiques sont très variées, .Mais alors, qu'est ce

qui les motive à accepter ou à refuser le soin ? Quelle est leur démarche intellectuelle et émotionnelle ?

L'objectif de l'étude était d'analyser la réaction des médecins généralistes face à la demande de soin d'un proche, sur le territoire d'Isère, Savoie et Haute-Savoie et d'en dégager un modèle explicatif.

L'idée n'était pas de juger telle ou telle façon de faire, ni de dégager une attitude parfaite adaptée pour ce genre de situations, mais plutôt de comprendre les réactions des généralistes interrogés, leurs raisons d'accepter ou de refuser, leurs éventuels regrets ou leurs satisfactions.

Il a été décidé de laisser la définition de ce qu'est un "proche" au choix des participants afin de ne pas être restrictif, ce qui est visé dans ce travail étant l'affection portée à la personne et qui est au jugé de chacun. Il était ainsi précisé "proche affectif".

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude qualitative en focus group s'inspirant des critères COREQ [4]. Chaque groupe était composé de 4 à 5 médecins généralistes libéraux. Il n'y avait qu'un seul entretien par groupe, d'une durée d'une heure à une heure quinze, au domicile d'un des participants ou sur son lieu de travail. Personne d'autre, en dehors des investigateurs et des participants, n'était présent. Avant chaque entretien, une fiche de renseignements sur les caractéristiques de l'échantillon était remplie (âge, sexe, type d'exercice, durée d'exercice, cadre d'exercice, vie de couple ou célibat, enfants) (annexe 1).

Les investigateurs étaient deux hommes médecins généralistes remplaçants non thésés. Les investigateurs n'avaient pas d'expérience préalable dans ce genre d'études. Il a été effectué un échantillonnage de convenance de médecins qui ont été soit d'anciens maîtres de stages, soit des médecins remplacés par les investigateurs. Ils étaient contactés par téléphone, mail ou lors d'une rencontre physique.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : médecin généraliste libéral installé en Isère, Savoie, Haute-Savoie. Exercice en rural, semi urbain ou urbain. Encore en activité. A l'inverse, les critères d'exclusion étaient : exercice dans un autre département, retraite, médecin non installé ou remplaçant. Néanmoins, au cours de l'étude, il a été décidé d'inclure des médecins remplaçants et retraités afin d'être plus représentatif et de faciliter le recrutement.

Les entretiens ont eu lieu entre le 13/11/2020 et le 03/06/2021 . Ils ont été conduits par les investigateurs en départageant les rôles : pendant que FC tient le rôle d'animateur, BT est l'observateur qui note les données non verbales et fait une synthèse de fin d'entretien. Un

guide d'entretien (annexe 2) était utilisé pendant les réunions qui n'a jamais été transmis aux participants. Ce guide a été testé lors d'un séminaire facultaire avec d'autres doctorants avant utilisation. Les participants connaissaient seulement le thème général abordé avant de venir.

Les données audios ont été enregistrées sur téléphone portable puis entièrement retranscrites manuellement sur fichier Word® ou Open Office®. Le consentement des participants a été recueilli oralement avant chaque enregistrement et la retranscription anonymisée. Les enregistrements audios ont été détruits après leur retranscription. La retranscription écrite des entretiens n'a pas été transmise aux participants pour validation ou éventuelle correction.

Le codage du verbatim a été effectué via le logiciel N'vivo® 2020 juste après chaque entretien. Chaque investigateur a effectué un codage personnel puis une mise en commun a été réalisée assurant ainsi une triangulation des données. Les thèmes du codage ont été définis sur les données des entretiens et non au préalable. Des thèmes majeurs ont été identifiés suite à ce codage. L'approche d'analyse s'inspire de la méthode par théorisation ancrée [5].

Les investigations ont été stoppées lorsque la saturation des données semblait atteinte, c'est à dire qu'aucun nouveau thème majeur n'a été identifié à l'issue du dernier entretien.

Une déclaration MR3 (Méthode de référence) de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés) a été faite avant le début des investigations (annexe 3).

RÉSULTATS

I / CARACTÉRISATION DE L'ÉCHANTILLON

Il a été réalisé 4 groupes de médecins pour un total de 19 participants.

Tableau 1 : Composition de l'échantillon interrogé, données des questionnaires de caractérisation (annexe 1)

sexe	âge	type d'exercice	durée d'exercice	cadre d'exercice	en couple	enfants
féminin	60	installé	32 ans	semi urbain	oui	2
masculin	32	installé	4 ans	rural	oui	0
féminin	32	installé	4 ans	rural	oui	0
féminin	41	installé	10 ans	urbain	oui	2
féminin	45	installé	2 ans	urbain	oui	3
féminin	30	remplaçant	3 ans	urbain	oui	1
féminin	30	installé	< 1 an	semi urbain	non	0
masculin	58	installé	31 ans	semi urbain	oui	2
féminin	37	installé	7 ans	urbain	oui	2
féminin	30	remplaçant	4 ans	urbain	oui	0
masculin	37	installé	7 ans	rural	oui	3
féminin	32	installé	< 1 an	rural	oui	2
féminin	36	installé	7 ans	rural	oui	3
féminin	29	installé	2 ans	rural	non	0
masculin	57	installé	29 ans	rural	oui	3
masculin	28	remplaçant	2 ans	rural	oui	0
féminin	30	installé	4 ans	rural	oui	0
masculin	67	retraité	38 ans	rural	oui	3
féminin	65	installé	38 ans	rural	oui	3

L'âge allait de 28 à 67 ans, pour une moyenne de 40.8 ans. La durée d'exercice s'étendait de moins de 1 an à 38 ans, pour une moyenne de 11.9 ans. Il y avait 13 femmes pour 6 hommes. Le nombre de médecins installés était de 15, celui de remplaçants 3 et de retraités 1. 11 médecins exerçaient en milieu rural, 3 en milieu semi urbain et 5 en milieu urbain. 12 des participants avaient des enfants contre 7 sans. 17 étaient en couple contre 2 célibataires.

II / CONTEXTE DE LA DEMANDE

A - Qui demande le soin et comment

En premier lieu, il a été retrouvé la famille au sens large, qu'elle soit proche tels que "*mon frère*", "*mon père*", ou plus éloignée comme "*ma nièce qui a 8 mois*" ou bien "*mon oncle et ma tante*". Cela incluait le conjoint et sa belle famille. Ces demandes ont pu également provenir de collègues proches avec qui ils ont travaillé pendant un moment, ou des amis voire des relations plus éloignées comme des voisins.

Il est ressorti plusieurs manières de demander le soin. Les proches semblaient plutôt avoir tendance à privilégier la manière directe, claire et explicite, en personne qui "*vient me voir dans mon bureau*", ou alors par appel téléphonique, parfois un SMS (Short message system). Soit, plus rarement, de manière indirecte en passant par exemple par "*mon beau-frère du coup qui a appelé mon conjoint*", ou parfois un soignant du proche qui faisait appel au médecin car il sait qu'il fait partie de la famille de son patient, mais cela restait marginal.

B - Quel type de soin

Le panel a été assez large, tout ce qui peut avoir un lien de près ou de loin à la médecine pouvait faire l'objet d'une demande. Il y a eu des demandes telles que des "*conseils médicaux*" soit sur leur état de santé, soit sur la prise en charge d'un autre médecin ; ou bien une "*petite ordonnance*" souvent pour dépanner. Elles pouvaient aussi concerner des histoires cancéreuses. Les certificats médicaux ont été systématiquement évoqués. Enfin, comme l'a voulu l'époque au moment de passer ces entretiens, de nombreuses demandes ont eu pour objet la pandémie de COVID-19 (Coronavirus disease 2019), comme par exemple des tests ou les vaccins.

III / RESSENTI DU MÉDECIN FACE AUX DEMANDES DU PROCHE

De manière générale, les médecins ont évoqué un ressenti plutôt négatif face à la demande du proche, "*Ça me dérange quand je reçois l'appel ou le SMS*".

Les demandes de leurs proches étaient qualifiées d'insistantes, malgré des refus répétés, ressenties comme du harcèlement.

Ils décrivaient certains proches comme des profiteurs, que s'ils gardaient contact "*c'est toujours pour demander une aide médicale*", les qualifiant ainsi de "*faux amis*".

Les demandes étaient surtout ressenties comme intrusives, car souvent faites en dehors des horaires de travail, notamment le week-end.

Cela ne les empêchait pas de répondre positivement, ils disaient bien comprendre pourquoi le proche leur faisait cette demande.

IV / RÉACTION DU MÉDECIN FACE AUX DEMANDES DU PROCHE

A- Volonté de cadrer

Que ce soit dans l'acceptation ou le refus, de nombreux médecins avaient une volonté de cadrer les choses, de faire cela dans leurs conditions.

Tout d'abord ils ne souhaitaient pas trop s'impliquer dans les problèmes de santé, ils préféraient répondre "*juste ponctuellement pour des petits trucs*" et "*justement pas [s]'impliquer*".

Ils mettaient ainsi une certaine distance dans leurs réponses pour faire comprendre que la demande n'était pas la bienvenue dans le but d'éviter que cela se reproduise plus tard. Il y avait aussi une volonté d'éduquer leurs enfants à aller voir un médecin comme tout le monde, "*qu'ils aient l'habitude d'aller voir un autre médecin*" pour plus tard.

Même si cela ne représentait que quelques médecins, le cadre pouvait être beaucoup plus strict et engendrer un refus systématique.

Ce qui est revenu principalement était la volonté de définir les rôles. C'est-à-dire qu'ils avaient l'impression de jouer un rôle de médecin en consultation, et ils avaient besoin de se

sentir dans ce mode médical pour être efficace sinon "*t'es pas dedans quoi*". Ce qui impliquait aussi que le proche doit être considéré dans un rôle de patient uniquement. "*Quand tu redéfinis des rôles comme ça bah voilà c'est reparti, t'es dans une relation de soin en fait*".

Afin de bien partitionner les rôles il faut "*un cadre précis tu vois, pour que ça ressemble à quelque chose*". La solution plébiscitée était de voir le proche lors d'un vrai rendez-vous sur son créneau de consultation et sur un lieu neutre comme le cabinet. Le cadre serait d'autant plus marqué si la consultation était payée comme tout le monde. Il était évoqué qu'avoir un secrétariat téléphonique permettait de filtrer ces demandes plus facilement et d'organiser de vrais rendez-vous et "*ne pas se faire envahir*". Et même si la demande était faite directement au médecin, il pouvait se permettre de renvoyer vers son secrétariat en prétextant ne pas connaître ses disponibilités. D'autant plus que les demandes des proches étaient quasi systématiquement en dehors des horaires de travail ou sans préliminaire, le médecin n'avait pas le temps de se préparer à la question médicale. C'était donc une solution que de renvoyer à plus tard, se laisser le temps de préparer une réponse.

De rares médecins préféraient l'inverse : ne surtout pas faire venir la famille ou les amis au cabinet pour ne pas mélanger les rôles, "*ça serait vraiment bizarre de les faire venir en consultation*".

Il était d'ailleurs évoqué qu'il est très difficile, voire impossible, de dissocier les rôles de l'affect et de médecin.

B - Lorsque le médecin accepte la demande

a) Les types de demandes médicales acceptées

Les médecins acceptaient de réaliser des gestes comme les vaccins, les pansements, les prélèvements COVID-19. Certains gestes étaient de plus grande ampleur : suture, exérèse de lésion cutanée, opération d'ongle incarné ou encore mise en place d'une perfusion.

Ils acceptaient aussi ce qu'ils considéraient comme de ”*la paperasse administrative*” : certificat médical de non contre indication sportive, déclaration ALD (Affection de longue durée)... Tendance retrouvée surtout chez les participants les plus âgés ou à l’inverse chez ceux qui débutaient leur exercice.

Pour les ordonnances, certains faisaient le renouvellement avec suivi et d'autres ne faisaient que des “*petites ordonnances*” isolées ou “*pour dépanner*” quand le proche arrivait au bout de son traitement chronique et qu'il ne pouvait pas voir son médecin à temps.

Pour certains, le suivi global du proche était possible : être médecin traitant, suivi de grossesse et suivi pédiatrique (principalement pour les nourrissons).

A l’inverse, certains n’acceptaient de faire que des prises en charge ponctuelles aiguës comme les otites, une douleur abdominale ou une fracture avec immobilisation plâtrée. Et ce, surtout chez les enfants. Ou alors ils acceptaient seulement de donner des petits conseils, orienter la prise en charge, se renseigner à leur place sur un problème méconnu ou juste vérifier qu'il n'y avait rien d'urgent.

Les généralistes acceptaient volontiers d'expliquer les informations médicales que les proches recevaient de leurs médecins car "*c'est notre métier, c'est une zone de confort*" et ils considéraient ne pas s'exposer, ne prendre aucun risque.

Cette demande était formulée par les proches pour faire vérifier voire confirmer ce que d'autres médecins leur disaient. Les médecins se permettaient ainsi de "*Recadrer un peu*" la prise en charge ou de simplement rassurer sur le problème de santé en question.

De fortes émotions ont été palpables lorsque la fin de vie des proches a été abordée en entretien. L'implication des médecins dans ces situations pouvait aller de confident "*Qui entoure, qui fait pas de vrai médecine quoi*" à une prise en charge beaucoup plus active jusqu'aux derniers instants : "*j'ai passé un produit euh... mais il était tellement mal en point…*"

b) Pourquoi les médecins acceptent ces demandes

Pour certains médecins, c'était une évidence, il était naturel de soigner ses proches. D'autant plus pour "*Soigner ses enfants c'est presque automatique, c'est instinctif, c'est facile*". C'était tellement naturel qu'ils ne leur faisaient pas payer les soins.

Ils agissaient lorsqu'ils estimaient bien comprendre la situation médicale, parfois même parce qu'ils pensaient pouvoir mieux faire qu'un autre.

Ils ont accepté la demande médicale d'un proche lorsqu'ils auraient aussi accepté sans avoir été médecin, ou lorsqu'ils auraient aussi accepté la même chose pour un patient lambda.

Certains ont accepté parce que le problème médical n'était pas compliqué ou à l'inverse lorsqu'il était grave ou urgent même s'ils n'en avaient pas envie.

Une autre motivation pour accepter était de vouloir "*quand même être protecteur*", une "*envie que ça soit le meilleur pour tes proches*". Il y avait une "*envie de faire plaisir*". Parfois, les médecins acceptaient pour leur propre plaisir, procuré en s'occupant du proche.

Ils agissaient ainsi pour faciliter la prise en charge ou "*pour être en confiance*" dans la maladie du proche. Dans ce même ordre d'idée, ils justifiaient leurs actions pour stopper la souffrance d'un proche, "*je pouvais pas te laisser comme ça*".

Certains ont "*fini par craquer"* à l'insistance des demandes. Ou alors ont eu l'impression que les proches ne leur laissaient pas le choix, "*j'étais obligé*", qu'il y avait une sorte de pression de la part du proche qui insistait ou une pression affective que les médecins se mettaient eux même parce qu'ils ne pouvaient refuser d'aider un proche. Pour deux des médecins interrogés il s'agissait plus d'une question de personnalité : "*C'est qu'on sait pas dire non quoi*".

Ils pouvaient aussi accepter parce qu'ils ne trouvaient pas d'argument pour refuser, ou simplement parce qu'ils n'ont "*pas pensé à dire non*", parfois un peu pris au dépourvu.

Les généralistes citaient le côté pratique, pour les proches, de pouvoir demander à un médecin qu'ils connaissent plutôt qu'à un confrère moins accessible (plus rapide, moins cher, moins d'effort...). Les médecins ont dit comprendre la détresse des proches dans certaines situations médicales où le proche estimait ne pas avoir d'autre choix que de demander : "*Ben non et pis t'a pas envie d'envoyer bouler non plus parce qu'en fait tu les comprends : ils t'appellent à un moment où ils ont pas de référent médical, ils sont un peu*

dans le besoin". Certains proches auraient tendance à ne pas se prendre suffisamment en charge selon le médecin, "*Donc là entre rien du tout et m'en mêler, je préfère m'en mêler quoi*".

Finalement parmi toutes ces raisons poussant le médecin à accepter, il n'y en a que deux où les participants ont explicitement dit qu'il s'agissait de mauvaises raisons d'accepter voire de raisons risquées : premièrement, accepter parce qu'ils avaient peur de passer pour un incapable s'ils adressaient à quelqu'un d'autre. Deuxièmement, accepter car ils avaient besoin de reconnaissance auprès des proches. "*T'as un pouvoir médical et t'as un petit besoin de reconnaissance qui revient. Tu vois, ça te valorise un peu, j'sais pas, y'a peut être ça qui joue derrière hein quand même*".

Quoiqu'il en soit, quelques généralistes interrogés ont évoqué, en parlant d'accepter des demandes médicales d'un proche, que "*c'est une spécificité un peu de notre rôle de généraliste, on a l'habitude de faire ça enfin... on est plus à même de faire ça en fait*".

c) Partager la prise en charge

Des médecins ont accepté le soin mais l'ont partagé pour éviter d'avoir à supporter seuls toute la charge émotionnelle. Par exemple lorsqu'un patient devenait un proche à force de le suivre.

Ce partage pouvant se faire soit avec l'HAD (Hospitalisation à domicile) dans les situations de fin de vie soit "*c'est peut être aussi bien d'appeler un collègue*" notamment pour le laisser gérer tout ce qui touche à l'intime. Ils ont précisé que c'était beaucoup plus facile

dans un cabinet de groupe où ils savaient tout de suite avec qui proposer ce partage ou lorsqu'il y avait un remplaçant de temps en temps. Ils ont prévenu que cela pouvait être délicat d'être deux dans une prise en charge car il y avait un risque d'interférer sur ce que faisait l'autre. S'il y avait désaccord, le médecin proche pouvait paradoxalement faire l'inverse de ce qui lui était proposé alors que c'était bien lui qui avait demandé ce partage au départ.

d) Différence de prise en charge par rapport à un patient lambda

Nombreux médecins ont avoué se rendre compte que leur prise en charge médicale pouvait varier entre un proche et un patient lambda. Leur "*peur de louper un truc*" les poussait à être plus prudents.

Un exemple est ressorti pour les vaccins de COVID-19 : "*j'ai conseillé à tout le monde de faire astrazeneca mais quand ça a été le tour de mes parents j'ai dit « non non ce serait bien de faire le pfizer »*".

C - Lorsque le médecin refuse la demande

a) Les types de demandes médicales refusées

La grande majorité des médecins interrogés refusait de délivrer des "*certif médicaux euh... mais demandés par texto*". C'est-à-dire des certificats de non contre indication au sport sans avoir pu faire d'examen clinique : "*un certificat c'est une consultation*". Pareil pour un "*certificat de complaisance vraiment pur*" qui leur semblait "*Sans justification*" voire frauduleux (pour la justice, pour un arrêt de travail…).

Ce même refus est retrouvé lorsqu'il n'y a pas eu d'examen concernant les ordonnances et notamment pour des prescriptions de prise de sang ou d'antibiotique.

Ce refus d'ordonnance était tout de même plus marqué quand il s'agissait de médicament psychotrope surtout s'il n'y avait pas de suivi derrière. Tout en précisant qu'ils refuseraient de toute manière un tel suivi de pathologie psychiatrique.

La plupart ont aussi refusé d'être le médecin traitant attitré avec tout ce que cela implique : "*de pas assurer le suivi des gens proches pour des maladies importantes*", "*en particulier pour des maladies chroniques*", le suivi pédiatrique systématique et notamment les vaccins en précisant surtout ceux avant 6 ans.

Le sujet de la gynécologie a été peu abordé, une médecin refusait pour la famille mais pour les amies il n'y avait pas de soucis.

b) Pourquoi les médecins refusent ces demandes

Certains ne se posaient pas la question, c'était un refus systématique, une règle qu'ils avaient défini avec leurs proches. Une médecin a évoqué d'ailleurs avoir été incitée de la sorte lors de sa formation à la faculté.

Le refus pouvait venir de raisons pratiques : cela prend trop de temps, il n'y a pas le matériel adéquat lors de la demande, la non connaissance de toutes les informations nécessaires comme les antécédents ou l'absence de paiement pour le soin.

Les médecins refusaient aussi lorsque la demande était faite à distance alors qu'il faudrait un examen clinique pour répondre.

Contrairement à ce qui a été dit précédemment, certains ont préféré se mettre en retrait lorsque le problème était grave. Ou lorsqu'il était trop compliqué, ou que le médecin ne se sentait pas compétent.

A l'inverse ils se permettaient de refuser quand le problème était anodin, qu'il pouvait attendre d'être géré par un confrère.

Il arrivait que le médecin refuse quand il se rendait compte que le proche n'entretenait la relation que pour profiter des compétences médicales.

Une raison de refuser une demande médicale était aussi de ne pas vouloir déranger la prise en charge initiale du médecin référent dans le problème de santé.

Les médecins disaient refuser pour se protéger, sans préciser de quoi.

Ils ont dit d'ailleurs avoir peur de faire une erreur quand ils soignaient un proche. Parce que les demandes étaient souvent en dehors du contexte habituel de consultation et souvent inattendues. Ce qui fait que le praticien n'était pas dans son rôle de médecin et son raisonnement en était dérouté.

Les participants ont parlé d' "*un côté émotionnel qui joue*", que l' "*affectif intervient dans les décisions médicales*". Ce qui fait que "*t'es pas objectif en fait, quand tu connais les gens*". Cela pouvait aussi engendrer soit un surplus soit un déficit d'examen complémentaire prescrit.

Toutes ces sources d'erreurs citées faisaient conclure que "*par peur de mal faire euh j'pourrais refuser ouais*".

Ainsi la plupart des médecins pouvaient refuser la demande de soin d'un proche pour garder une relation / un rôle affectueux, et non pas médical.

c) Culpabilité du refus

Des médecins interrogés ont fait part d'une certaine culpabilité à répondre négativement à une demande médicale du proche, pouvant aller jusqu'à les faire changer d'avis par la suite.

d) Enjoliver le refus

Ils trouvaient que "*Le non ferme c'est difficile*", "*le « non démerde toi, débrouille toi », non c'est pas possible dans les proches. On peut pas le dire comme ça*". Les forçant ainsi à adoucir leur refus en faisant comprendre via du paraverbal, en expliquant pourquoi il ne fallait pas ou en disant vers qui se tourner à la place. Il fallait alors proposer une alternative ou "*trouver une pirouette*".

e) Adresser à un autre

Une manière de refuser était d'adresser à un autre médecin. Cette solution a été évoquée entre autres lorsque la situation médicale devenait trop complexe.

Les participants ont estimé qu'il était plus facile pour le proche de s'exprimer, notamment lors d'une pathologie psychiatrique ou sexuelle. Cela évitait aussi le problème de l'affect :

"*quelqu'un d'extérieur qui va prendre du recul par rapport à tout ça et qui pourra prendre les bonnes décisions*".

Il a aussi été évoqué avec humour qu'adresser à un autre permettait de poser des "*questions débiles*", surtout en pédiatrie pour les médecins parents qui voulaient se rassurer.

D - La décision dépend de l'ancienneté du médecin

Les participants ont remarqué que le choix de répondre ou pas à une demande de proche pour une situation donnée dépendait de l'âge du médecin. Cela pouvait soit venir d'un manque d'expérience chez les jeunes soit d'une façon de faire dite "*à l'ancienne*". Le meilleur exemple étant pour les certificats de non contre indication au sport. Les médecins les plus âgés pouvaient avoir tendance à fournir ces certificats sans consultation, évoquant par exemple le fait qu'avec le temps ils connaissent bien leurs proches et n'ont pas besoin de les réexaminer. Pour les plus jeunes c'était pareil, mais plutôt motivés par le besoin de reconnaissance, "*c'est un peu les premiers trucs que tu peux faire, ça te donne l'impression d'être…*" et étaient fiers de pouvoir délivrer ces certificats sans pour autant consulter.

E - La décision dépend de qui est le proche

Les médecins s'accordaient pour moduler leur réponse en fonction de qui est le proche demandeur de soin. Évoquant notamment avec humour refuser plus facilement pour "*Quelqu'un de ta famille que t'aimes pas trop*". Ils acceptaient donc plus facilement pour quelqu'un qu'ils appréciaient que ce soit de la famille ou pour les amis. Ou de façon plus générale lorsque "*c'est du proche mais du proche que tu rentres dans l'affectif*".

La tendance était à être moins contraignant avec la famille. Par exemple, ils allaient trouver plus difficile de refuser leurs services à quelqu'un de leur famille plutôt qu'à un ami, et allaient plus facilement les dépanner plutôt que de leur proposer un vrai rendez-vous au cabinet.

Le choix dépendait de l'affection portée mais aussi du type de relation familiale. Par exemple, certains estimaient que pour les enfants c'était plus facile.

F - Ambivalence face à la demande

La réflexion du médecin face à la demande de soin du proche n'était pas toujours entièrement dans l'acceptation ou le refus, elle pouvait se retrouver entre les deux, laissant planer le doute dans l'esprit du décisionnaire.

Lorsqu'il y avait des arguments le faisant pencher dans un sens mais d'autres arguments pour l'autre sens, il y avait dilemme, la décision était difficile et ne se prenait qu'à moitié.

"*Ça te saoule en fait mais t'es quand même content qu'on te demande tu vois ?*"

Cette ambivalence a beaucoup été évoquée en parlant de la volonté de reconnaissance, développée dans le paragraphe des arguments pour accepter.

Dans l'ambivalence les médecins se sont trouvés désarçonnés, ils ont parlé d'une sensation bizarre, ils n'ont pas semblé avoir de solution dans ces cas là. Ils ont d'ailleurs évoqué ces situations comme dangereuses, augmentant le risque d'erreur médicale.

V / RESSENTI DES PROCHES FACE AU REFUS

Les médecins ont fait part de ce qu'ils ont compris du ressenti de leurs proches suite au refus d'accéder à leur demande.

A - Le proche ne comprend pas le refus

Il a été souvent rapporté que les proches, "*ils comprennent pas pourquoi tu refuses, plus que le prendre mal ou d'être vexé*", "*pour eux c'est normal qu'un médecin il soigne leur proche quoi*".

"*Il trouve ça complètement absurde d'aller voir un médecin qu'il connaît pas. C'est juste insensé pour lui*".

Les médecins se sentaient alors obligés de justifier leur refus.

Plus rarement le ressenti était clairement négatif : l'histoire d'une belle famille qui n'aime pas leur brue-médecin car elle refuse systématiquement de répondre aux questions médicales, des proches qui sont vexés, déçus ou qui ressortent de façon répétée des anecdotes de refus.

"*Ils ont l'impression que tu les abandonnes un peu quoi !*"

B - Le proche comprend le refus

"*Si tu expliques bien je pense que c'est bien compris*", "*ça les embête mais ils comprennent*". Il fallait donc quand même expliquer ou enjoliver le refus pour qu'il n'y ait pas de rancœur.

"*Les gens ils ont un peu cette conscience là, que c'est pas bien d'être suivi non plus par un proche quoi*", "*ils comprennent que finalement c'est dans... c'est dans leur intérêt aussi quoi*".

VI / LES DIFFICULTÉS PERÇUES LORS DES SOINS EFFECTUÉS

Les médecins ont tenu à parler de ce qui se passe après une acceptation de soin et en quoi ils avaient trouvé cela compliqué.

Tout d'abord un sentiment général de "*mal à l'aise*", une sensation d'être "*pris au piège*".

Il s'installait une pression de résultat plus grande qu'avec un patient lambda, car il fallait bien faire. La pression était auto imposée par le médecin qui avait "*peur de louper un truc*" mais pouvait aussi venir de l'entourage. Le médecin se sentait alors exposé à l'erreur et pouvait se considérer comme impuissant.

Suite à quelques unes de ces situations, un regret d'avoir accepté la demande pouvait naître. D'autant plus qu'ils étaient amenés à revoir le patient en question, vu qu'ils étaient proches, ce qui rappelle des situations mal vécues.

La confrontation de situations médicales forçait le médecin à sortir de son rôle de proche qu'il préférerait garder : être dans le soutien plutôt que le soin.

La communication avec le patient était faussée du fait du lien. Le proche ne se livrait pas de la même manière, par exemple il ne se "*plaint pas beaucoup*" ou ne "*dit les choses correctement*". Ce qui pouvait venir du fait qu'en tant que proche médecin "*y'a des trucs que tu veux pas entendre, tu as certaines portes que tu fermes quoi*".

Dans l'autre sens, le médecin estimait ne pas pouvoir tout dire au proche non plus, il était plus dans la peine partagée que dans l'empathie. Il voulait protéger le proche, "*tu as pas envie de leur faire de la peine, tu veux les épargner*". Il pensait même que tout lui dire pourrait détruire la relation d'affect qu'ils ont, notamment suite à une annonce diagnostique parce que "*tu vas symboliser pour cette personne là la maladie*".

A plusieurs reprises les médecins ont dit ne pas être pris au sérieux par les proches, conduisant ainsi à un mauvais respect des consignes médicales données.

La communication n'était pas mauvaise qu'entre le médecin et le patient. Un médecin pouvait avoir besoin de se confier ou de partager avec son entourage ce qu'il endurait. Or, lorsqu'un proche était impliqué, cela était impossible car il devait garder le secret du proche-patient du fait d'un entourage potentiellement en commun.

Les médecins s'étaient trouvés globalement moins bons dans la prise en charge de leurs proches. Ils ont expliqué cette baisse d'efficacité du fait de faire le soin en dehors du contexte habituel et donc sans se sentir dans leur rôle de médecin. Ou encore parce que des

demandes inopinées, surprenantes, les forçaient à être parachutés dans une prise en charge dont ils n'étaient pas l'auteur initial.

Ils ont avoué aussi être désarçonnés dans le soin par l'émotion : "*Tu perds les pédales*".

Dans ces situations, ils avaient du "*mal tu vois, à évaluer vraiment*" la gravité, "*on peut être complètement laxiste*". Surtout pour "*les enfants c'est compliqué hein, de prendre du recul, enfin je sais que je vois toujours le pire*" ou à l'inverse "*on a peut être tendance à penser qu'ils ont peu de choses tout le temps*".

Une autre difficulté était de devoir faire des efforts supplémentaires pour soigner les proches, il fallait s'efforcer de s'arrêter aux limites de compétences. Une autre médecin a dit devoir se forcer à rationaliser systématiquement les situations en imaginant soigner un patient lambda pour tenter de s'affranchir de l'émotionnel.

Malgré tous ces efforts, les médecins ont pu avoir des retours négatifs de leurs soins ("*t'es sûre que t'es médecin ?*", "*ils remettent en question ce que t'as fait*") et ils ont eu du mal à les entendre venant de proches : "*On passe pour des cons. (rire)*".

VII / LES FACILITÉS PERÇUS LORS DES SOINS EFFECTUÉS

A l'inverse, de leur expérience de soin des proches, certaines situations leur semblaient plus faciles.

Tout d'abord ils ont évoqué une facilité surtout pour le proche au dépend d'effort du médecin : "*Peut être que je les ai un peu aidé. Moi c'était très très dur pour moi*". Parmi ces

efforts il y avait à faire "*plus de recherche que tu ferais pour un patient*" ce qui poussait le médecin à s'améliorer en s'investissant plus.

D'ailleurs, pour certains, cet investissement supplémentaire venait de la part émotionnelle et était gage de meilleur soin : "*t'as une implication quand même qui est... émotionnelle beaucoup plus forte évidemment qui va... qui va t'entraîner dans une... une recherche vraiment d'efficience et de rapidité de réponse aussi euh... plus forte*". Contrairement à ce qu'il a été dit dans le chapitre précédent, l'affect pourrait alors améliorer la prise en charge.

Ce qui serait aussi le cas via une meilleure connaissance du patient du fait de la proximité : "*Je la connais bien*", "*Tu sais comment elle fonctionne*".

Quelques médecins parents ont dit avoir "*toujours l'esprit lucide par rapport à ses petits*" et qu'il était plus facile de les surveiller lorsqu'ils étaient à la maison : "*tu l'as sous les yeux, tu peux le peser, tu peux le voir, tu peux estimer son état général*".

De ce fait, pour certaines prises en charge de proches, ils se sont estimés bons et ont dit n'avoir aucun regret.

VIII / LORSQUE LE MÉDECIN N'EST PAS SOLLICITÉ DANS UN PROBLÈME DE SANTÉ D'UN PROCHE

En parlant des problèmes de santé de leurs proches, les médecins ont évidemment parlé de ce qu'ils en ont ressenti sans avoir été pour autant impliqué. Ils ont cité des sentiments parfaitement humains qui étaient finalement les mêmes que pour n'importe qui. En premier, le déni de la pathologie "*mon proche ne peut pas être malade*", qui allait avec une volonté

de ne pas trop se renseigner sur le pronostic au départ. Venait ensuite "*un peu de combativité où tu vas rechercher un peu tes ressources*" ce qui a été décrit comme épuisant pour l'accompagnant. Puis la peine pour le proche, ainsi qu'une sensation de mal être et de peur. Enfin "*on pense tout de suite chez un proche au maxi maxi maxi plus grave et on pense tout de suite à la mort possible*", ils se projetaient dans le négatif.

Certains médecins ont dit être assez peu sollicités par leurs proches. Soit pour des raisons pragmatiques : les proches s'en sortaient très bien tout seuls ou que le médecin généraliste n'était pas considéré compétent dans le problème rencontré. Soit car le proche mettait de lui même la limite et ne voulait pas d'une relation de soin, l'objectif étant d'épargner le médecin. Pratique qui venait surtout des plus proches, "*ceux qui tiennent à toi*", "*les vrais amis ils se sentent pas tout permis*".

Ce qui pouvait faire que le médecin se sentait contrarié que le proche ne lui demande pas, il pouvait "*mal le prendre*". Surtout si au final il apprenait que le proche était allé voir un autre professionnel de santé. Ce sentiment est revenu lorsqu'il s'agissait de problèmes mineurs, des petits conseils où le médecin se sentait parfaitement en capacité de répondre voire plus compétent que le professionnel finalement contacté. Les médecins ont ainsi exprimé une peur que le proche ne lui fasse pas confiance : "*Il me prend pour un incompétent ou…*"

Tout cela a pu alors amener le médecin à "*être interventionniste*", il lui est arrivé d'agir médicalement sans avoir eu la moindre demande venant du proche. Dans la plupart des cas,

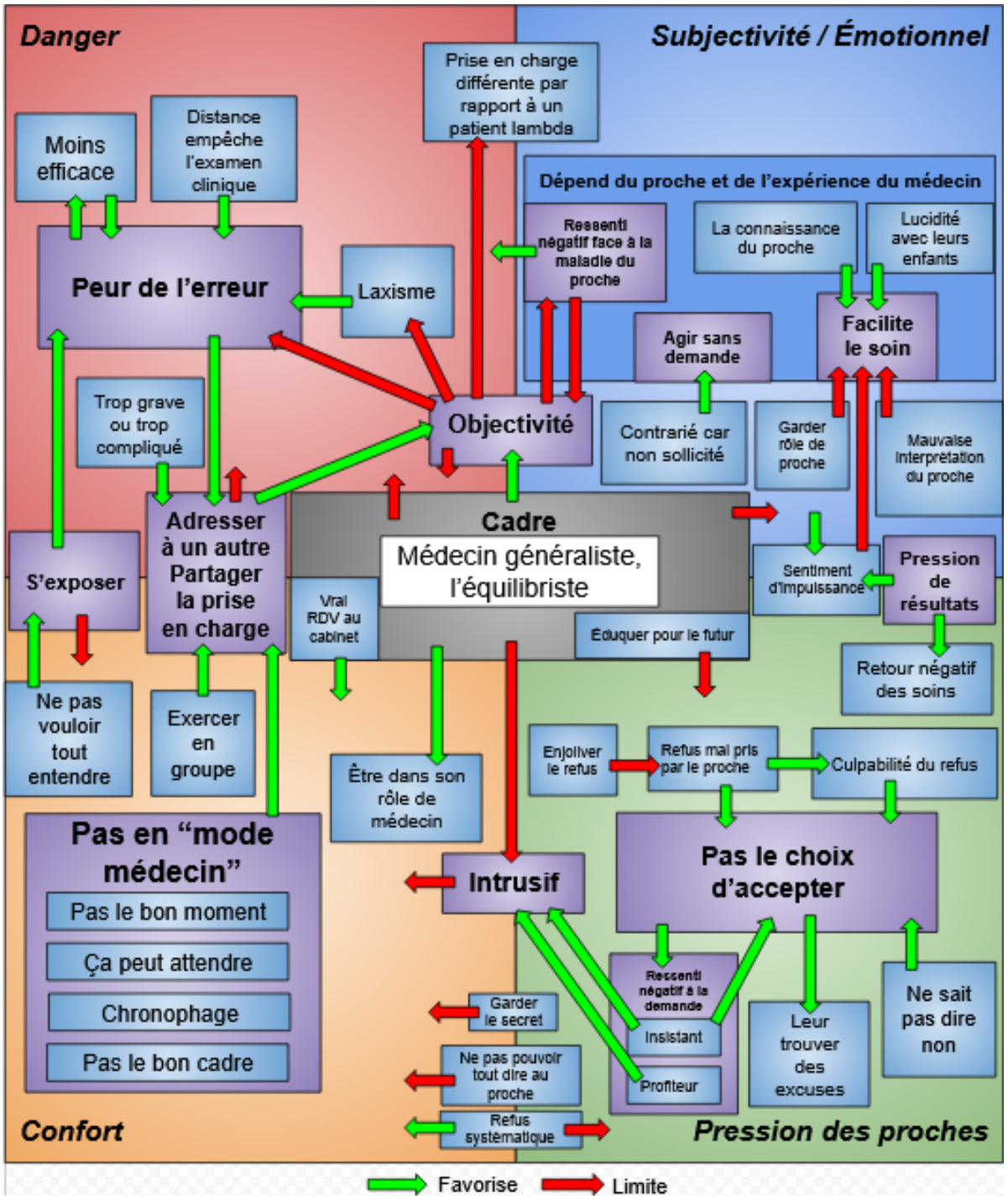
cela restait minime, comme constater un symptôme et lui proposer de regarder ou lui dire d'aller consulter.

Les médecins ont dit agir dans ce sens soit parce qu'ils estimaient pouvoir faire mieux qu'un autre, comme sus cité, soit parce qu'ils se sentaient plus rassurés en mettant leur grain de sel.

DISCUSSION

I / PRINCIPAUX RÉSULTATS

Schéma 1 : Modèle explicatif



Cadre

La notion de gestion des rôles médecin/proche par le soignant est un sujet largement abordé par les participants et qui ressort à plusieurs endroits dans les résultats y jouant un intérêt central. De nombreux médecins pensaient être dangereux pour leurs proches en les soignant. Mais d'un autre côté ils voulaient tout de même les soigner, soit pour leur propre plaisir notamment via la reconnaissance, soit pour faire plaisir aux proches qui leur mettaient la pression. Les médecins décident donc d'accepter de soigner mais en tentant de sécuriser avec un cadre.

Or, pour cadrer ils doivent faire l'effort de changer de rôle auprès du proche : rationaliser la prise en charge, s'affranchir de l'émotionnel, gérer la pression des proches… C'est une bataille constante qui semble être source de danger car déconcentre l'attention de la qualité et la sécurité du soin.

Malgré ces efforts, il est très difficile de dissocier les rôles d'affect et de médecin. En tant qu'êtres humains, les émotions ne peuvent pas être mises de côté face à quelqu'un de cher. Il y aura toujours de l'émotionnel dans le soin d'un proche.

Le généraliste va donc jongler avec ses différents rôles et leurs incompatibilités pour gérer les demandes et les soins des proches. Il va être comme un équilibriste entre ses émotions, le danger inhérent au soin, son confort et la pression de ses proches (cf schéma 1).

Danger

Le généraliste cherche à éviter tout danger dans la prise en charge du proche, notamment en évitant de tomber dans l'erreur diagnostique ou thérapeutique. Les participants ont largement parlé des difficultés qu'ils ont rencontrées lors de leurs expériences de soin d'un proche. Le généraliste prend alors conscience d'un danger ce qui pourra par la suite influencer sa réponse à une future demande de soin. Cette conscience du danger est bien réelle puisque dans les résultats il est retrouvé des raisons d'accepter et de refuser en commun (comme être pris au dépourvu), les participants savaient donc très bien qu'en acceptant pour cette raison il y a danger.

La peur de l'erreur est notamment favorisée par le laxisme avoué de certains praticiens qui peuvent banaliser certains symptômes de leurs proches. Cette peur peut induire un manque d'efficacité dans la prise en charge. En effet, un doute en ses capacités peut limiter l'efficacité de son soin ce qui majore à son tour la peur de l'erreur créant un cercle vicieux. Elle pousse le généraliste à partager la prise en charge, voire à adresser à un confrère pour apporter de l'objectivité.

Confort

Ce partage est facilité par l'exercice en cabinet de groupe qui apporte au généraliste un confort de pratique qu'il recherche. En passant par un cadre de consultation, comme avoir des vrais rendez-vous dans son cabinet, il augmente aussi ce confort.

Le généraliste tient aussi à son confort de vie. Il avoue qu'il n'a pas toujours envie d'accéder à une demande de soin d'un proche car il n'est pas dans son "mode médecin". C'est à dire qu'il n'a pas envie d'exercer quand le cadre ne s'y prête pas, ou bien que ce n'est pas le bon moment.

Il doit jongler entre son confort de pratique et son confort de vie qui sont parfois incompatibles.

Pression du proche

Le médecin a du mal à refuser une demande car il subit une pression des proches. Des reproches de refus, la culpabilité au refus et le besoin d'enjoliver montrent bien que le généraliste se sent obligé d'accepter et c'est ce qu'il a tendance à faire. En effet, les participants ont majoritairement évoqué des situations où ils ont accepté. Ce sentiment d'obligation est bien présent dans les résultats où de nombreuses raisons d'accepter le soin sont peu nobles et même avouées comme de mauvaises excuses par les participants (par exemple accepter car peur de passer pour un incapable et accepter car besoin de reconnaissance). La plupart des médecins paraissaient avoir honte de dire qu'ils soignaient leurs proches. Le généraliste va donc trouver des excuses à ses proches pour justifier son acceptation (détresse ou praticité évidente pour le proche).

Émotionnel

Il existe aussi une forte pression de résultat au soin, pouvant entraîner un sentiment d'impuissance chez le généraliste en cas d'échec. Ce sentiment d'impuissance influe directement sur l'état émotionnel du médecin, et en conséquence sur sa subjectivité.

Pour certains, la connaissance plus accrue du proche pourrait renforcer la qualité du soin. De même, la lucidité supposée du regard qu'ils ont sur leurs propres enfants, et le fait de pouvoir les surveiller, accroît la qualité du soin. A l'inverse, le fait de vouloir à tout prix garder son rôle de proche a tendance à entraver le soin voire à préférer refuser la demande. Tout comme les mauvaises interprétations des consignes médicales par le proche (par exemple ne pas être pris au sérieux).

Le ressenti négatif face à la maladie d'un proche, même si le médecin n'y est pas impliqué, produit une charge émotionnelle supplémentaire. Cette charge pourrait majorer la survenue d'une situation dangereuse lors d'une prise en charge. Si le généraliste prend conscience de cela, il aura plus tendance à refuser le soin.

Tous ces aspects dépendent à la fois du proche en question, mais aussi de l'expérience du médecin. La perception du proche dépend par exemple de l'ancienneté du médecin, en effet il existe une forte tendance chez le médecin généraliste en fin de carrière à trouver tout à fait légitime de soigner ses proches. Le proche serait vu comme un patient différent des autres, mais il reste un patient. Idée qui n'est pas retrouvée chez le médecin en début de carrière, qui voit son proche tel quel avant tout, et non pas comme un patient. Le moins expérimenté va lui aussi plus accepter de demande de soin mais plutôt pour faire plaisir au proche et récupérer de la reconnaissance.

L’un des boucliers pour lutter contre l’émotionnel dans la prise en charge du proche est la recherche de l’objectivité, afin de retrouver une pratique identique pour un proche et un patient lambda, limitant le danger à soigner son proche.

Variabilité

Il existe une variabilité inter-individuelle mais aussi intra-individuelle.

Pour une même situation médicale et avec des médecins à caractéristiques démographiques équivalentes, la réaction à la demande pouvait différer entre les médecins (par exemple la réalisation des vaccins et la prescription d'antibiotiques chez leurs enfants). Chacun agit à sa guise et met la barre d’acceptation à un niveau différent.

Variabilité qui est retrouvée aussi chez un même et unique médecin. Par exemple, un médecin a dit refuser systématiquement la prise en charge chronique de ses proches mais quelques phrases plus tard a finalement dit accepter le suivi d’un diabète de type 2 ou d’hypertension sous prétexte que ce n’était pas compliqué à faire. Chaque médecin a donc du mal à placer la barre à un niveau précis pour lui-même.

II / FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

A - Forces

Nous avons choisi de faire une étude qualitative afin de faire ressortir les déterminants des choix des médecins dans la prise en charge de leurs proches. Il nous semblait impossible de dresser un portrait robot quantifié des réactions des médecins puisque nous sommes tous différents. Une telle étude qualitative permet de laisser un cadre ouvert aux réponses des participants sans anticiper de potentielles réponses. D'ailleurs il est ressorti de nombreuses réponses inattendues lors des entretiens.

De plus, une étude qualitative se prête beaucoup mieux à ce type de questionnement faisant entrer en compte l'intime et l'émotionnel. Le participant est ainsi libre de partager un ressenti personnel et non standardisé.

Nous nous sommes, par la suite, approchés spontanément d'une méthodologie par théorisation ancrée pour explorer de façon codifiée les interactions sociales liées à la question de recherche et ainsi s'acquitter des présupposés des investigateurs.

Les entretiens par focus group, plutôt qu'individuels, ont permis aux participants de discuter des aspects qui les opposent, qui les relient, des nuances entre leurs visions. L'objectif étant de faire émerger des sujets par une dynamique de groupe de différentes personnalités pouvant stimuler la discussion. Cette mécanique se prête bien au sujet à débat choisi car concerne et intéresse tout médecin.

Cette dynamique a d'ailleurs été retrouvée lors des entretiens puisque la parole y était aisée, et les débats fructueux. L'animateur a rarement eu besoin de relancer le dialogue et le guide

d’entretien s’est avéré peu utilisé car les médecins évoquaient les sujets spontanément. Ils se posaient des questions entre eux, montrant un réel engouement pour le sujet.

Le guide d’entretien avait été testé avant son utilisation lors d’une simulation avec d’autres doctorants lors d’un séminaire facultaire. Ce test a rapidement permis de se rendre compte que le guide était efficace puisque ce même engouement pour le sujet était présent lors des entretiens. Vu cet engouement, le guide d’entretien n’a pas nécessité de modification au cours de l’étude.

Le guide d’entretien n’a jamais été communiqué avant les entretiens, les participants ne connaissant que la question de recherche à l’avance. L’objectif étant de favoriser la spontanéité de la parole afin de capter le ressenti des médecins. Pour conserver cette spontanéité il n'était fait qu’un seul entretien par groupe et la retranscription écrite qu’il en sortait n’était pas relue ou corrigée par les participants. La spontanéité était aussi gardée dans le codage en ne définissant pas à l’avance les thèmes, ils étaient créés au fur et à mesure de l’analyse.

Le codage a été fait de façon individuelle par les investigateurs. Puis une mise en commun est réalisée après l’analyse de chaque groupe et avant de décider du suivant. C'est-à-dire que nous nous contactions pour décider ensemble de la bonne interprétation du verbatim et sortir une version commune que nous utilisions pour les groupes d’après. Nous avons toujours fini par nous mettre d’accord sur les sens du verbatim donc nous n’avons jamais eu besoin de demander un arbitrage par une tierce personne. Ce système a permis de trianguler les données pour limiter la subjectivité.

B - Limites

Nous avons fait le choix d'interroger des médecins qui se connaissent puisqu'ils travaillent soit dans le même cabinet soit dans des villages voisins. Cela a pu rendre certains participants plus réticents à raconter des histoires intimes non connues de leurs collègues. Par contre, ce choix a permis une cohésion de groupe immédiate et une certaine aisance à la parole.

Le fait que les investigateurs soient aussi médecins a pu démotiver les participants à parler d'expérience de soin comportant des erreurs médicales par peur du jugement de confrères.

Nous avons fait un échantillonnage de convenance, c'est-à-dire interroger des médecins que l'on connaît. Ils étaient soit d'anciens maîtres de stage soit des médecins travaillant dans un cabinet où nous avons remplacé. Ce lien que nous avons avec les participants a aussi pu modifier leur discours. Nous avons fait ce choix car il a été difficile de créer des groupes pendant une période fortement impactée par la COVID-19. Entre les confinements, les couvre-feu et l'éviction de regroupement, il a été compliqué de faire accepter à des médecins de se réunir en présentiel. Cela a ainsi été facilité par le fait de les connaître personnellement et qu'ils se connaissent aussi entre eux voire qu'ils travaillent déjà ensemble. Les entretiens se faisaient d'ailleurs souvent à la place d'un de leur groupe de pairs. Il n'y a pas eu d'entretiens en visio conférence car ils risquaient de casser la spontanéité de parole et ajouter des problèmes techniques.

Cette difficulté de recrutement a aussi fait changer le protocole de sélection en cours de route pour finalement accepter les médecins remplaçants et retraités. Ce changement étant tout autant motivé par le fait qu'il permettait une plus grande variation d'âge (et de pratique) et

donc de faciliter la saturation des données avec une plus grande représentativité des médecins de la région.

Le panel de médecin est globalement plutôt jeune, quasiment tous maîtres de stage universitaire, plutôt rural et plutôt féminin. Nous estimons qu'il reste assez représentatif des médecins des départements étudiés (Isère, Savoie, Haute-Savoie). Nous avons choisi ces départements pour une question de faisabilité par la proximité de nos lieux de vie.

Le fait qu'il y ait une majorité de médecins de campagne a fait rentrer en compte la question de la disponibilité médicale. Quand le seul médecin à des kilomètres à la ronde est une connaissance, le proche n'a pas trop de choix que de lui demander et le médecin se sent alors obligé d'accepter. Cela n'a pas dû avoir trop d'impact sur les résultats puisque les médecins de ville ont fait part d'une difficulté équivalente de trouver un médecin neutre pour leurs proches car tous ont affirmé être surchargés de travail.

Il y a eu quelques conversations hors sujet lors des entretiens avec notamment des dérives sur des soins à des non proches. Ces dérives ont probablement été favorisées par des participants qui se connaissent et des entretiens réalisés à leur domicile dans une bonne ambiance pas toujours très studieuse. Ce qui a été bénéfique pour la spontanéité de la parole d'autre part. Cela pourrait aussi venir d'une mauvaise compréhension de ce que nous entendions par proche. Il nous a été difficile de définir un proche sans être trop restrictif. Ce qui était le cas en parlant seulement de famille lors du test du guide d'entretien. Il est parfaitement légitime de se sentir plus proche d'un ami que d'un parent et c'est ce lien affectif qui nous intéressait. D'où le choix de laisser la définition de qui est un proche au participant en lui précisant juste "proche affectif". Laissant ainsi quelques dérives hors sujet. Un cas non prévu était les

patients qui deviennent proches à force de les suivre, ce qui semble fréquent en village de campagne où tout le monde se connaît.

Une question qui s'est posée en cours d'étude est la place des soins apportés aux enfants. En effet, ces enfants ne demandent pas le soin de façon explicite et pourraient alors être considérés hors sujet. Etant donné la quantité d'histoires racontées par les participants sur leurs enfants, nous avons constaté que cela représentait une grande partie des soucis de santé dans notre contexte de proche. Il était donc impossible de laisser ce sujet sur le côté et nous avons considéré qu'un enfant malade représentait une demande indirecte envers leurs parents médecins.

Nous ne pouvons pas assurer avec certitude la saturation des données. Son essence et notre analyse étant subjectives. Nous nous sommes arrêtés lorsque le quatrième entretien n'a apporté aucun nouveau grand thème de codage. Ce dernier entretien a fait ressortir des nouveaux détails dans les grands thèmes créés auparavant comme des types de soins acceptés ou refusés. Ces données nous ont semblé minimes, le troisième groupe avait lui-même apporté très peu de nouvelles données. Par ailleurs, pour des raisons de faisabilité, il n'a pas été possible de réaliser un nouveau groupe.

Comme toute étude qualitative, l'analyse a pu être faussée par les croyances et préjugés des investigateurs, d'autant plus qu'il s'agissait de notre première étude. Un travail de réflexivité et de triangulation des données a été fait pour minimiser ce risque.

III / COMPARAISON À LA LITTÉRATURE

Que ce soit dans une thèse qualitative française ou dans une étude quantitative américaine, les médecins avaient l'air de s'accorder pour traiter majoritairement les problèmes médicaux mineurs de leurs proches [6, 7]. Par exemple, dans une étude sur les enfants des médecins, la majorité traitait leurs enfants malades s'ils étaient apyrétiques mais les adressait à quelqu'un s'ils avaient de la fièvre [8]. Dans notre étude, les soins mineurs sont largement évoqués mais pas seulement. De lourdes pathologies ont été prises en charge par les participants et ont pris une part importante des débats. Il est légitime de penser que ces cas ont été moins nombreux mais plus discutés car sources de plus grandes difficultés.

Pour Reagan [7], les médecins hommes, âgés, ruraux et généralistes étaient ceux qui soignaient le plus leur famille. Dans notre étude il y a beaucoup de généralistes ruraux mais plutôt de jeunes femmes, ce qui fait une bonne représentativité puisque nous ne sommes pas dans le stéréotype du médecin qui accepte le plus de soigner.

Les difficultés décrites par les médecins lors de soin d'un proche étaient à peu près équivalentes à celles de notre étude : perte d'objectivité, manque de rigueur avec surplus ou manque d'investigations, retard dans la prise en charge aiguë, peur du manque d'observance, responsabilités considérées comme pesantes par crainte de l'erreur médicale [6, 9, 10]. Dans une thèse de 2013 portant sur les problèmes de santé des proches d'internes, 90% des internes ayant accepté le soin avaient rencontré des difficultés dans leur vécu et sur le plan pratique [2].

Il est aussi décrit des bénéfices pour le soin : accès aux examens complémentaires facilité, une parfaite connaissance du patient créant une prise en charge sur mesure, la réévaluation plus

aisée [6, 9, 11]. Nous les retrouvons dans notre étude même si l'on ne s'attendait pas toujours à de tels propos.

Il est retrouvé comme dans notre étude une différence de pratique des médecins entre un proche et un patient quelconque [10]. Par exemple, dans une thèse 42 % des médecins prescrivaient plus souvent une antibiothérapie à leur patientèle qu'à leur famille [12]. Pour Dusdieker [8], seulement 47% des généralistes rapportaient faire systématiquement un examen clinique avant de traiter leur enfant malade. Ce qui doit être supposément plus fréquent pour un enfant lambda. Pour Castera [13], ces différences étaient surtout retrouvées pour les problèmes mineurs mais lorsque c'était plus grave, les pratiques s'harmonisaient. Le problème étant que les médecins ne s'en rendaient pas forcément compte puisque 75% estimaient soigner aussi bien que pour un patient lambda. Points qui ne sont pas retrouvés chez nous.

Une idée intéressante, qui n'est pas ressortie de notre étude, était que le refus systématique aux demandes de soins pourrait isoler le médecin de sa famille en forçant les proches à ne pas le mettre au courant des problèmes de santé [11]. Dans cette même thèse, qui faisait une synthèse de la littérature, il est discuté que le médecin peut être forcé d'agir pour ses proches car le système de soin est imparfait (carence d'humanité ou erreur médicale).

De nombreuses études traitent du point de vue des proches soignés. Nos participants ont évoqué ce point de vue mais seulement dans le sens où ils l'ont perçu. Dans ces études, les proches interrogés étaient tous volontaires pour se faire soigner par leur connaissance. Ils trouvaient cela naturel. Pour eux, les avantages (confiance et praticité) dépassaient les points négatifs [14, 15]. Globalement, ils n'avaient pas conscience du risque de tels soins [16, 17].

Ils réalisaient tardivement, de façon empirique, que les liens affectifs et familiaux n'apportaient que des complications au médecin. Ils voudraient l'épargner mais les avantages les poussaient à demander tout de même [18].

De nombreux auteurs proposent aux médecins de faire un entretien avec le proche avant d'accepter une demande de soin pour exposer les difficultés [11, 14, 15]. Selon Bouve [16], ni un tel positionnement clair du médecin ni une réflexion antérieure du proche ne l'empêche de faire sa demande.

IV / PERSPECTIVES

Il semble crucial de bien réfléchir et de faire son choix de façon éclairée. Une fois face à la demande, la réponse d'acceptation ou de refus se doit d'être rapide, parfois précipitée. La question d'accepter ou non est à se poser en amont. Ce travail permet d'amener tout généraliste ou étudiant de médecine générale à se poser les bonnes questions avant qu'une telle situation ne lui soit imposée. Il peut se révéler être une piste pour un guide à destination de tout généraliste en difficulté et désireux de se faire une opinion avant de prendre une décision quant à la façon de gérer la demande de soin d'un proche. En effet, il met en évidence les pratiques de chacun, leurs arguments respectifs, et le lecteur pourra alors se faire sa propre idée en en faisant sa synthèse, en fonction de son vécu. Car les pratiques diffèrent beaucoup entre les médecins interrogés, même s'il ressort des thèmes communs à une grande partie d'entre eux.

D'autant plus qu'il n'existe actuellement aucune recommandation française officielle sur le sujet, que ce soit au niveau du conseil de l'ordre ou au niveau juridique [19]. Chaque généraliste est donc confronté seul au problème, sans cadre réglementaire, il doit alors décider seul de son attitude sur la question. Il pourrait y avoir un texte réglementaire pour cadrer la pratique, que ce soit des recommandations de santé publique ou la création d'une loi sur le sujet. C'est déjà le cas dans certains pays développés tels que le Canada, les Etats Unis d'Amérique ou le Royaume-Uni [20, 21, 22]. L'idée n'étant pas de brider les médecins généralistes dans la gestion des problèmes de santé de leur proche, mais de leur donner des outils ou un cadre limitant des dérives ou les protégeant si besoin.

CONCLUSION

Cette étude qualitative avait pour objectif d'analyser la réaction des médecins généralistes face à la demande de soin d'un proche. Chaque participant a eu sa vision du soin du proche, la réponse à la demande n'était pas consensuelle.

Certains voyaient la demande de soin comme un acte intrusif, limitant le confort du médecin et majorant le risque d'erreur dans la prise en charge. Ces médecins ont eu tendance à refuser la demande du soin du proche, jugeant la relation de proximité comme un facteur détériorant la prise en charge. Leur idée centrale était le manque d'objectivité, le médecin se devait de traiter son proche comme un patient lambda.

D'autres en revanche voyaient des vertus à soigner son proche. L'argument principal était que la subjectivité apporte de la qualité au soin, car la connaissance approfondie du proche ne pouvait que majorer la qualité de la prise en charge. Certains pensaient aussi qu'il était naturel de soigner son proche, et qu'il n'y avait aucune raison valable de refuser une demande de soin, notamment lorsqu'il s'agissait de dépanner son proche.

Il faut nuancer cette dichotomie, chaque médecin n'était pas aussi catégorique dans le refus ou l'acceptation. Tout dépendait de l'expérience du médecin, du proche en question, du type de soin et de la manière dont il était demandé.

Néanmoins, tous les participants étaient d'accord sur un concept, qu'ils soignent leur proche ou non : la mise en place d'un cadre. Il pouvait s'agir d'un cadre matériel (soin au cabinet, lors d'un vrai rendez-vous) ou d'un cadre relationnel (établissement de la relation médecin-patient). Cette notion était relative à chaque médecin, chacun définissait son cadre comme il l'entendait.

Il a été régulièrement cité l'idée qu'il y aurait des risques à soigner ses proches dans ce travail, mais est-ce vraiment le cas ? Un travail quantitatif original pourrait tenter d'y répondre en comparant le nombre et la gravité des événements indésirables liés au soin entre des proches et des patients lambda.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le : 15/09/21

LE DOYEN

Pr. Patrice MORAND

Pour le Président
et par délégation

Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Pr. François MOUTET

CHRU DE GRENOBLE
Chirurgie de la Main et des Brulés
13 SEP. 2021
Pr F. MOUTET

BIBLIOGRAPHIE

1. La Puma J, Stocking CB, La Voie D, Darling CA. When physicians treat members of their own families. Practices in a community hospital. N Engl J Med. 31 oct 1991;325(18):1290-4.

2. Marin L. Positionnement des internes en médecine générale face aux problèmes de santé de leurs proches : enquête quantitative et qualitative auprès des internes du département de médecine générale [Thèse de médecine]. Paris Diderot; 2013.

3. Aguillon S, Marre Petit-Castagnet J. Qui soigne les médecins généralistes et leurs proches ? Thèse qualitative en « focus group » dans le Lot. [Thèse de médecine]. Toulouse; 2015.

4. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care. déc 2007;19(6):349-57.

5. Glaser B, Strauss A. Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Routledge; 2017.

6. Peltz-Aïm J. Comment les médecins se positionnent-ils vis-à-vis des maladies de leurs proches ? : enquête qualitative auprès de 22 médecins exerçant en région parisienne [Thèse de médecine]. Paris Diderot; 2012.

7. Reagan B, Reagan P, Sinclair A. « Common sense and a thick hide ». Physicians providing care to their own family members. Arch Fam Med. juill 1994;3(7):599-604.
8. Dusdieker LB, Murph JR, Murph WE, Dungy CI. Physicians treating their own children. Am J Dis Child 1960. févr 1993;147(2):146-9.

9. Goubet J. Le médecin généraliste face à la santé de ses enfants : peut-on soigner ses enfants ? [Thèse de médecine]. Picardie Jules Verne; 2016.

10. Demond V. Soigner ses proches : une erreur ? Recherche des facteurs contributifs d'évènements indésirables lors de soins délivrés par un médecin généraliste à ses proches. Etude qualitative auprès de douze médecins généralistes par entretiens semi-dirigés. [Thèse de médecine]. Lyon; 2014.

11. 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 de médecine]. Grenoble; 2013.

12. Cousin M. Attitudes des médecins généralistes et des pédiatres du Nord-Pas-de-Calais vis-à-vis des soins à leur propre famille [Thèse de médecine]. Lille; 2014.

13. Castera F. Le médecin généraliste, médecin de famille ? Enquête auprès de 100 médecins généralistes installés en Haute-Garonne sur les soins apportés à leurs proches. [Thèse de médecin]. Toulouse; 2005.

14. Cazenave M. Le choix d'un proche comme médecin traitant, le point de vue des patients [Thèse de médecine]. Bordeaux; 2016.

15. Hennevin R. Médecin de sa famille : une gageure ? : point de vue de l'entourage du médecin généraliste [Thèse de médecine]. Lille; 2015.

16. Bouve C. Soigner ses proches : quelle résonance chez les soignés ? Etude du ressenti des proches par enquete qualitative. [Thèse de médecine]. Angers; 2015.

17. Caniato E. Ressentis et attentes des patients soignés par leur proche-médecin. Enquête qualitative auprès de 12 proches de médecins généralistes exerçant en région Rhône-Alpes. [Thèse de médecine]. Lyon; 2015.

18. Mons M. Nos proches perçoivent mal la nature de nos difficultés à les soigner [Thèse de médecine]. Tours; 2017.

19. Debeaulieu A. Le médecin peut-il soigner ses proches ? Revue de la littérature à ce sujet [Thèse de médecine]. Picardie Jules Verne; 2019.

20. Association Canadienne de Protection Médicale. Traiter les membres de la famille ou les amis : Connaissez-vous les règles de l'art? [Internet]. [cité 11 juill 2021]. Disponible sur: https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2014/know-the-rules-avoid-the-risks-treating-family-and-friends

21. American Medical Association. Treating Self or Family [Internet]. [cité 11 juill 2021]. Disponible sur: https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/treating-self-or-family

22. General Medical Council. Ethical guidance for doctors [Internet]. [cité 28 août 2021]. Disponible sur: https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/good-practice-in-prescribing-and-managing-medicines-and-devices/controlled-drugs-and-other-medicines-where-additional-safeguards-are-needed

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de caractérisation des participants

Masculin / féminin

Quel est votre âge ?

Installé / remplaçant

Depuis combien d'année êtes vous installé en tant que médecin ? Ou depuis combien de temps remplacez-vous ?

Quel est votre type de pratique (rural / urbain / semi-urbain) ?

Etes vous en couple ?

Avez vous des enfants ? Si oui, combien ?

Annexe 2 : Guide d'entretien

1/ Est ce que quelqu'un veut bien nous raconter une fois où un proche lui a demandé quelque chose de médical, comment ça s'est passé ?

2/ Quelles sont les raisons pour lesquelles vous accéderiez ou pas à cette requête ? Quelles sont vos limites ?

3/ Pensez vous que la relation avec le proche a un impact sur la prise en charge médicale ? Autrement dit, est ce que tout se passe comme avec n'importe quel patient ?

4/ Quelles ont été les réactions de vos proches rencontrées suite au refus de cette requête ?

Conclusion / synthèse par l'observateur qui peut demander de revenir sur un sujet à expliciter puis :
Avez- vous quelque chose à ajouter ?

Annexe 3 : déclaration CNIL MR3

CNIL.
3 Place de Fontenoy - 75334 PARIS Cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

Monsieur TSCHIRNER Benoit
4 RUE DE STALINGRAD
73000 CHAMBÉRY

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

2215930 v 0

du 27 novembre 2019

A LIRE IMPERATIVEMENT
La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

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

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : Monsieur TSCHIRNER Benoit

Service :

Adresse : 4 RUE DE STALINGRAD

Code postal : 73000
Ville : CHAMBÉRY

N° SIREN ou SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. : 0672191120
Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

Fait à Paris, le 27 novembre 2019

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.
Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.
Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. ”

SECTEUR SANTÉ
Université Grenoble Alpes

Titre : Dans quelle mesure les médecins généralistes soignent-ils leurs proches ? Étude qualitative en Isère, Savoie, Haute-Savoie.

Auteurs : Chabert Florian et Tschirner Benoît

Résumé :
Introduction : Tout médecin a déjà été confronté à une demande de soin venant de proches. Qu'est ce qui motive les médecins généralistes à accepter ou à refuser le soin ? Quelle est leur démarche intellectuelle et émotionnelle ? L'objectif de l'étude était d'analyser la réaction des médecins généralistes face à la demande de soin d'un proche, sur le territoire d'Isère, Savoie et Haute-Savoie et d'en dégager un modèle explicatif.
Matériel et Méthodes : Il s'agissait d'une étude qualitative en focus group dont l'analyse était inspirée de la méthode par théorisation ancrée. Les critères d'inclusion étaient : médecin généraliste libéral installé en Isère, Savoie, Haute-Savoie, exercice en rural, semi urbain ou urbain. Des remplaçants et retraités ont été inclus secondairement. Les données audios ont été enregistrées sur smartphone, retranscrites, puis analysées par codage avec triangulation des données. Les investigations sont allées jusqu'à saturation des données.
Résultats : Chaque généraliste avait sa propre vision quant à l'acceptation ou au refus de la demande en fonction du contexte, de la nature des soins, de la façon de les réaliser le cas échéant et de leur ressenti ensuite. Une tendance se dégageait vers une volonté nette de cadrer le soin du proche afin de se sentir dans son rôle de médecin. Le généraliste tendait à être un équilibriste entre le vouloir de ses proches, son confort, le danger inhérent aux soins et sa gestion émotionnelle.
Discussion et conclusion : Il semble crucial de bien réfléchir et de faire son choix de façon éclairée. Une fois face à la demande, la réponse d'acceptation ou de refus se doit d'être rapide, parfois précipitée. Ce travail permet d'amener tout généraliste ou étudiant de médecine générale à se poser les bonnes questions avant qu'une telle situation ne lui soit imposée.

Abstract :
Introduction : Every physician has already been confronted with a relative's care request. What are their motivations to accept or refuse those demands ? What is their intellectual and emotional approach ? This study's objective aims to analyze the reaction of general practitioners when faced with a relative's care request in Isère, Savoie and Haute-Savoie, in order to create an explanatory model.
Method : This qualitative study used data from focus groups in an analysis inspired from grounded method theory. This study included general practitioners from private, installed in Isère, Savoie, Haute-Savoie, practice in rural, semi urban or urban areas. Substitutes and retirees were included subsequently. Audio datas were recorded on smartphones, transcribed, and analyzed via coding with data triangulation. Investigations were carried out until data saturation.
Results : Each general practitioner had his own view regarding the acceptance or the refusal of the request depending on the context, the type of care, the way to carry it out and their feeling. A trend in the results revealed a firm desire to frame the care of the relative in order to fit in their physician role. The general practitioner could be described as a tightrope walker between relative's pressure, his own comfort, risks inherent to healthcare and his emotional management.
Discussion and conclusion : It seems crucial to think on it and to choose in an informed way. When facing a request, the answer to accept or to refuse must be quick, sometimes rushed. This work could help every general practitioner or medical student ask themselves the right questions before being confronted with this kind of situation.

Mots clés : Médecin généraliste, Proche, Soin