



HAL
open science

Le vécu et le positionnement du médecin généraliste dans la relation de soin avec ses proches

Margaux Merle, Charlotte Princé

► **To cite this version:**

Margaux Merle, Charlotte Princé. Le vécu et le positionnement du médecin généraliste dans la relation de soin avec ses proches. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04390079

HAL Id: dumas-04390079

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04390079>

Submitted on 12 Jan 2024

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 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

Année : 2023

**LE VÉCU ET LE POSITIONNEMENT DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS
LA RELATION DE SOIN AVEC SES PROCHES**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 19/12/2023

Par Mme Margaux MERLE

[Données à caractère personnel]

Et Mme Charlotte PRINCÉ

[Données à caractère personnel]

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Patrick IMBERT

Membres :

M. le Dr Pierre MINIER (directeur de thèse)

Mme le Dr Marion CHAUVET

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.

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHÉLÉMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
MCU-PH	BAILLIEUL Sébastien	Physiologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PR Attaché	BARTH Johannes	Chirurgie de l'épaule et du genou
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PR Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BÉTRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie
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 émérite	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUDISSA Mehdi	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Épidémiologie, 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 émérite	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
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH émérite	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDÉS Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
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
MCU-PH	CHEVALIER Marie	Pédiatrie
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
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 Attaché	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
PU-PH	DJAILEB Loïc	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	DONDE-COQUELET Clément	Psychiatrie d'adultes
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DREVET Sabine	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	DUMAS Guillaume	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	DUMESTRE PÉRARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ÉPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
MCU-PH	EVAÏN Jean-Noël	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FIARD Gaëlle	Urologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH émérite	FRANÇOIS Patrice	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PR Ass. Méd.	FREY Gil	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
MCU-PH	GAUTIER-VEYRET Elodie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCF Ass.MG	GIRARD Pauline	Médecine Générale
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
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
PR Ass. Méd.	HODAJ Hasan	Thérapeutique-médecine de la douleur
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JOUVE Thomas	Néphrologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
MCU-PH	KHERRAF Zine-Eddine	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARÈRE José	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	LABLANCHE (CORNALI) Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LAURENT-COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	LE GOUËLLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE MARÉCHAL Marion	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PR Ass.MG	LEDoux Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH émérite	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	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

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
MCU-PH	MEUNIER Mathieu	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MICHY Thierry	Gynécologie-obstétrique
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
PU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH émérite	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
PR Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHÉ Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIÈRES 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	PÉPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PÉRENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PAST	PICARD Julien	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCF	PINSAULT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH émérite	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH émérite	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
MCU-PH	RABATTU Pierre-Yves	Anatomie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
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	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VÉRICOURT 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
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
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	THEVENON Julien	Génétique
PU-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	VIGLINO Damien	Médecine d'urgence
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH	Professeur des universités - Praticien hospitalier
MCU-PH	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
PU-PH émérite*	Professeur des universités - Praticien hospitalier émérite
MCU-PH émérite*	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier émérite
PU-MG	Professeur des universités de médecine générale
MCU-MG	Maître de conférences des universités de médecine générale
MCF	Maître de conférences des universités
PR Ass. Med.	Professeur des universités associé (à mi-temps)
PR Ass. MG	Professeur des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
MCF Ass.MG	Maître de conférences des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
PAST	Professeur associé en service temporaire
PR Attaché	Professeur Attaché

Remerciements

À Monsieur le Professeur Patrick IMBERT,

Merci de nous faire l'honneur de présider notre soutenance de thèse et merci de votre intérêt pour le sujet. Soyez assuré de notre considération et de notre gratitude.

À Madame la Docteure Marion CHAUVET,

Nous t'exprimons notre reconnaissance d'avoir accepté d'être membre de notre jury.

À Monsieur le Docteur Pierre MINIER

Nous te remercions d'avoir accepté d'être notre directeur de thèse et d'avoir rendu ce projet possible. Nous te remercions aussi pour le temps que tu y as consacré, ton encadrement, la pertinence de tes remarques et ton soutien.

TABLE DES MATIÈRES

I.	Résumé.....	11
II.	Introduction.....	12
III.	Méthode.....	13
A.	Type d'étude.....	13
B.	Population	14
C.	Recueil des données.....	14
D.	Analyse des données.....	15
E.	Aspects éthiques et réglementaires.....	15
IV.	Résultats et analyse.....	16
A.	Description de l'échantillon	16
B.	Résultats, analyse et interprétation des données	18
1.	La nécessité de se positionner dans la prise en charge de ses proches.....	19
a)	Le rôle du médecin dans le soin de ses proches.....	19
i.	Le premier recours pour faciliter et accompagner le soin de ses proches	19
ii.	Un rôle non choisi et une obligation de soigner	20
iii.	Soigner ses proches était une évidence.....	21
b)	Se positionner dans le soin et la santé de ses proches.....	21
i.	Une nécessité de séparer les rôles.....	22
ii.	Un questionnement sur l'implication dans la santé de ses proches	22
iii.	Réaliser le suivi de ses proches	23
iv.	Un décalage entre le positionnement souhaité et le positionnement réel.....	23
c)	Une prise en charge peu optimale.....	24
i.	Perte d'objectivité	24
ii.	Minimisation ou maximisation.....	25
iii.	Malaise dans l'intimité	25
iv.	Une prise en charge modifiée par la connaissance de son proche.....	26
d)	La question de la responsabilité	27
i.	Décalage entre la représentation du proche et du médecin	27
ii.	Se décharger de la responsabilité	28
e)	Définir sa posture professionnelle.....	28

i.	Relations avec ses confrères et consœurs	28
ii.	La difficulté du secret professionnel	29
iii.	Maintenir une posture professionnelle	30
2.	L'établissement d'un cadre afin de préserver son espace personnel.....	31
a)	Établir un cadre et des limites	31
i.	Un cadre via le lieu de consultation et les canaux de communication.....	31
ii.	Un cadre et des limites modulables.....	31
b)	Des sollicitations et des demandes abusives.....	32
i.	Demandes de "dépannage"	32
ii.	Des demandes abusives	32
iii.	Des sollicitations favorisées par l'accessibilité du médecin.....	33
c)	Un envahissement de son espace personnel	33
d)	Refuser	34
3.	Une relation complexe dans le soin	35
a)	La représentation du médecin.....	35
i.	La position sociale du médecin, fierté et confiance des proches	35
ii.	Des émotions ambivalentes	36
iii.	Le médecin qui a la connaissance innée, « médecin expert ».....	37
iv.	Un statut de médecin toujours omniprésent.....	37
v.	La représentation du médecin pouvant modifier les relations	38
vi.	Médecin vu comme un distributeur de services.....	38
b)	Une relation médecin - proche complexe	39
i.	Différentes dynamiques dans la relation	39
ii.	Une confiance absolue du proche.....	40
iii.	Une place particulière et privilégiée parmi ses proches.....	41
iv.	Une implication dans la santé de ses proches contre son gré.....	42
v.	Une lucidité sur le devenir des pathologies de ses proches	42
vi.	La plupart du temps, une impression de minimisation de l'avis du médecin par le proche	43
vii.	Une relation dans le soin vécue différemment en fonction de l'ancienneté de celle-ci.....	44
c)	Une modification des relations.....	45

V.	Discussion	46
A.	Résultats principaux	46
B.	Comparaison à la littérature	50
C.	Forces et Limites.....	56
1.	Forces.....	56
2.	Limites.....	57
D.	Perspectives.....	59
VI.	Conclusion	60
VII.	Bibliographie	63
VIII.	Annexes	65
A.	Engagement de conformité à la CNIL (MR-004).....	65
B.	Formulaire d'information à destination des médecins participants	66
C.	Formulaire de non-opposition	68
D.	Canevas d'entretien	69
E.	Profils par entretien	70
F.	Modèle explicatif.....	81
IX.	Le serment d'Hippocrate.....	83

I. Résumé

Introduction : La fréquence des demandes de soins de ses proches est importante et oblige le médecin généraliste à se poser des questions déontologiques et éthiques quant à sa pratique et son positionnement dans le soin de ses proches. Peu d'études se sont focalisées sur le vécu et le positionnement du médecin généraliste dans le soin de ses proches, en le plaçant lui et ses émotions au centre de la problématique.

Objectif : L'objectif de cette étude était de questionner le vécu et le positionnement du médecin généraliste dans sa relation de soin avec ses proches.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative. Le recrutement a été réalisé par convenance et par effet boule de neige en Isère et en Haute Savoie. Dix-huit entretiens semi-dirigés ont été réalisés en présentiel et intégralement retranscrits. L'ensemble de l'analyse a bénéficié d'une triangulation des données.

Résultats : Il existait une discordance entre le vécu globalement négatif verbalisé par le médecin lors des entretiens et son positionnement effectif concernant l'acceptation de demandes de soin et son implication dans la santé de ses proches. De plus, la relation entre le médecin et son proche dans le soin était complexe et à risque de se modifier.

Discussion et conclusion : Chaque médecin ainsi que chacun de ses proches sont uniques et pourvus d'une personnalité qui leur est propre, leur relation étant alors singulière et intersubjective. La mise en place d'un guide pour accompagner les médecins dans leur relation de soin avec leurs proches pourrait être une première piste pour les aider à se positionner. Cependant, le besoin immédiat exprimé par les médecins semble être un espace d'écoute et d'échange concernant cette relation avec leurs proches, qui s'avère complexe et source de nombreuses émotions.

II. Introduction

Jaddo, médecin généraliste, écrit :

« On ne peut pas faire du bon travail, on a les neurones qui s'encafoillent¹, on a l'espoir que c'est pas grave qui vient submerger les données cliniques, et on se noie.

Je sais que les informaticiens viendront me dire qu'ils en ont marre de devoir donner leur avis sur les bugs de l'imprimante de la cousine Sylvie, mais ce n'est pas tout à fait pareil [...] l'imprimante de la cousine Sylvie, ça ne vous remue pas les tripes, ça ne vous bouleverse pas, ça ne vous fiche pas une frousse à dégoupiller 393 neurones sur 394. » (1)

En 2022, 99,4% des médecins interrogés dans le travail de recherche d'Oudot déclaraient avoir été confrontés à une demande de soins de leurs proches. (2) La fréquence de ces demandes oblige le médecin généraliste à se poser des questions déontologiques et éthiques quant à sa pratique et son positionnement dans le soin de ses proches.

Le serment d'Hippocrate s'exprime sur le fait de devoir donner « [ses] soins à l'indigent et à quiconque [le] [lui] demandera » tout en préservant « l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de [sa] mission ». (3)

Cependant, il n'existe à ce jour aucune réglementation ou recommandation claire dans les textes de loi, dans les codes de la sécurité sociale, d'éthique ou de déontologie en France, guidant le médecin généraliste face à une demande de soin d'un proche. (4)(5)

Les études récentes de Mücke (6) et d'Amran (7), respectivement en Allemagne et en Israël, se sont questionnées sur les raisons poussant le médecin généraliste à prendre en charge ses proches. De plus, l'étude israélienne interrogeait au travers de questionnaires, l'attitude des médecins généralistes soignant leur proche. Ces deux travaux soulignent la fréquence du phénomène qui est de soigner ses proches, et l'intérêt que portent les médecins interrogés à un éventuel outil pouvant les guider dans le refus d'une demande de soin provenant d'un proche. Ces deux études relèvent et dénotent l'inconfort qui résulte de cette prise en charge.

¹ "s'encafoillent" : s'emmêlent

Le travail de Schrotzenberger (8) donne une première piste à l'étude du vécu du médecin dans cette relation, en recueillant en parallèle celui du proche. Le vécu était dans l'ensemble positif. Cette étude française avait comme finalité d'établir des conduites à tenir pour aider le médecin généraliste à cadrer sa prise en charge dans le soin à ses proches.

Les différents travaux énoncés suggèrent une irrationalité au cours de la prise en charge de son proche, probablement liée à un affect trop important dans la relation médecin-proche.

Cependant, à ce jour peu d'études se sont focalisées sur le vécu du médecin généraliste dans cette relation, en le plaçant lui et ses émotions au centre de la problématique. Son attitude vis-à-vis du soin à ses proches mérite également un approfondissement.

Comment le médecin vit-il les demandes de soins de ses proches ainsi que son implication dans leur santé ? Quelles émotions s'imposent à lui ? Qu'en est-il du positionnement du médecin généraliste concernant le soin de ses proches ?

L'objectif de cette étude était de questionner et d'analyser le vécu et le positionnement du médecin généraliste dans la relation de soin avec ses proches.

III. Méthode

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative. Cette approche permet d'étudier la diversité des vécus d'un même phénomène.

L'étude a été réalisée en binôme par deux internes en médecine générale, novices en recherche qualitative.

B. Population

Nous avons utilisé un échantillon homogène. En effet, nous avons recruté des médecins généralistes diplômés ayant la particularité d'avoir vécu une expérience en commun : le soin à ses proches.

Nous avons cherché à faire varier des caractéristiques, *a priori* éloignées du phénomène étudié, au cours des entretiens : l'âge, le sexe, l'ancienneté et le milieu d'exercice.

Le recrutement a été réalisé par convenance et par effet boule de neige. En effet, nous avons contacté des médecins que nous connaissions antérieurement à l'étude, puis ceux-ci nous ont orientés vers d'autres personnes susceptibles de bien vouloir participer.

Les médecins généralistes ont été contactés en présentiel, par téléphone ou par mail, dans deux départements : l'Isère et la Haute Savoie.

C. Recueil des données

Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés en présentiel d'avril à juin 2023, et le choix du lieu de l'entretien a été laissé aux participants. Nous nous sommes réparties les entretiens afin d'en réaliser la moitié chacune.

Le guide d'entretien était constitué de questions ouvertes, suivies pour certaines de questions de relance, au cas où certains sujets intéressants n'auraient pas été abordés par le participant ou que celui-ci aurait eu du mal à y répondre. Il a été testé au préalable sur deux proches médecins de notre entourage, d'une part pour nous entraîner à avoir un comportement fluide lors de l'entretien, mais également pour l'adapter et le corriger si nécessaire. Ce guide d'entretien a été évolutif, nous y avons apporté des modifications au cours de l'étude afin qu'il soit plus compréhensif pour les participants.

L'enregistrement des entretiens a été réalisé à l'aide de deux outils : un smartphone et un ordinateur. Les enregistrements ont été intégralement retranscrits à l'aide du logiciel Trint®, et anonymisés.

Le recueil des données s'est terminé lorsque nous avons estimé que le phénomène étudié avait été suffisamment décrit et caractérisé, et donc que nous avons assumé la suffisance des données.

D. Analyse des données

La méthode d'analyse des données utilisée était l'approche par analyse interprétative phénoménologique. En effet, celle-ci permettait d'explorer la diversité des perceptions et des expériences d'un même phénomène et d'analyser les données recueillies sans hypothèse préalable marquante et était donc inductive.

L'ensemble de l'analyse a bénéficié d'une triangulation par la confrontation de nos résultats. En effet, à chaque étape de l'analyse et pour l'intégralité des entretiens, nous avons initialement effectué l'analyse « en aveugle » et de manière indépendante. Puis, nous avons mis en commun nos analyses, et nous en avons discuté jusqu'à trouver un consensus.

Les verbatims ont été relus après leur retranscription afin de dégager progressivement de grandes thématiques et axes de réflexion.

L'étiquetage initial a été réalisé sur le logiciel Word®. Puis, pour chaque entretien, indépendamment les uns des autres, des thèmes ont été dégagés (analyse ouverte).

Par la suite, des thèmes superordonnés ont été générés en tentant de les classer avec cohérence et en développant progressivement des sous thèmes (analyse axiale).

L'émergence de thèmes et thèmes superordonnés a été schématisée sur le logiciel PowerPoint®.

L'analyse intégrative a permis une synthèse des thèmes superordonnés et la proposition d'un modèle explicatif.

E. Aspects éthiques et réglementaires

Le consentement éclairé des participants a été recherché lors de chaque entretien. Une lettre les informant de leurs droits de correction et de rétractation, et leur garantissant

l'anonymat et la confidentialité leur a été remise. Un formulaire de non-opposition à la participation à notre étude a été signé par chaque participant ainsi que par nous-même.

L'anonymisation des retranscriptions a été réalisée par la suppression de tous les noms propres ainsi que de toute donnée susceptible d'entraîner une reconnaissance du médecin. Les noms des participants ont été remplacés par des codes.

Une déclaration de conformité MR-004 a été effectuée au préalable à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Les règles de bonnes pratiques conformes au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) ont été respectées.

IV. Résultats et analyse

A. Description de l'échantillon

Trente médecins généralistes ont été contactés entre avril et juin 2023.

Une personne a refusé de participer car le sujet était perçu comme trop personnel et intrusif. Trois personnes n'ont pas répondu à la demande. Huit personnes n'ont finalement pas été interrogées car nous avons atteint la suffisance des données et qu'elles ne contribuaient pas à faire varier les caractéristiques de notre échantillon.

Dix-huit entretiens ont été réalisés.

Médecin Généraliste (MG)	Genre F = Féminin M = Masculin	Âge (en années)	Ancienneté (en années)	Statut	Milieu d'exercice ²	Durée de l'entretien (en minutes et en secondes)
1	M	32	5	Installé	Rural	16'01"
2	F	67	40	Installé	Urbain	38'50"
3	M	50	23	Installé	Rural	28'48"
4	F	28	1,5	Remplaçant	Urbain / Rural	41'00"
5	M	34	5	Installé	Rural	25'39"
6	F	32	4	Installé	Rural	33'04"
7	F	35	7	Installé	Rural	20'16"
8	F	41	11	Installé	Urbain	36'49"
9	F	47	19	Installé	Urbain	33'15"
10	M	47	19	Installé	Rural	24'29"
11	M	54	23	Installé	Rural	28'14"
12	F	54	26	Installé	Urbain	24'57"
13	F	48	15	Installé	Urbain	46'13"
14	F	30	2	Remplaçant	Rural	29'52"
15	F	54	24	Installé	Urbain	43'58"
16	F	28	0,5	Remplaçant	Urbain	45'20"
17	M	63	28	Installé	Rural	32'52"
18	M	33	3	Installé	Urbain	28'23"

Tableau 1. Description de l'échantillon de l'étude

Les médecins interrogés avaient entre 28 et 67 ans (moyenne d'âge à 43 ans). Il y avait 11 femmes et 7 hommes. Parmi eux, 15 étaient installés et 3 étaient remplaçants, avec une ancienneté d'exercice allant de 6 mois à 40 ans (moyenne à 14 ans). 9 d'entre eux exerçaient en milieu rural, 8 en milieu urbain et l'un des médecins exerçait en milieu rural ou urbain en

² selon la grille communale de densité définie par l'Insee, réactualisée au 1^{er} janvier 2023 (20)

fonction des lieux de remplacement. Ils avaient tous une activité principale de médecine générale.

B. Résultats, analyse et interprétation des données

Un total de 18 entretiens semi-dirigés ont été conduits, avec une durée moyenne d'entretien de 32 minutes et 7 secondes (minimum 16 minutes et maximum 46 minutes) et un total de 9 heures et 38 minutes d'enregistrement.

Les entretiens ont tous été réalisés en présentiel. Le lieu était choisi par le participant (lieu d'exercice du participant, domicile de l'investigatrice ou du participant, ou espace public). Une tierce personne non intervenante, connue par le participant, était présente pour l'un des entretiens.

En début d'entretien, nous avons systématiquement questionné les participants sur leur définition du mot « proche ». La famille a été citée par la totalité des médecins, et pour 3 d'entre eux, c'était l'unique définition de « proche ». Pour les autres, la définition de « proche » était souvent complexe à établir et pouvait s'étendre aux amis, aux voisins et parfois aux collègues : « *Un proche, c'est quelqu'un que je vois, avec qui j'ai des liens et dont j'ai le numéro de téléphone.* » (MG16) Ou encore, elle pouvait inclure les connaissances, les contacts fréquents ou toutes les relations en dehors du cadre professionnel : « *je considère que dans les proches, c'est toutes les demandes en dehors du cabinet.* » (MG6)

Les « demandes de soin » ou le « soin » de ses proches étaient aussi définis de manière très large et variée par les médecins. Il pouvait s'agir d'un avis, d'un conseil, d'un certificat, d'une ordonnance (primo prescription ou renouvellement), d'un arrêt de travail, d'exams complémentaires, d'un diagnostic, d'une prise en charge (parfois dans l'urgence), d'un dépannage, d'une orientation, d'une explication, d'un accompagnement ou d'un suivi en étant parfois médecin traitant déclaré de son proche.

1. La nécessité de se positionner dans la prise en charge de ses proches

- a) Le rôle du médecin dans le soin de ses proches
 - i. Le premier recours pour faciliter et accompagner le soin de ses proches

Le médecin était disponible, accessible et était souvent le premier recours médical de ses proches.

Il prenait plaisir à rendre service en mettant à profit ses compétences médicales. Prendre en charge une pathologie bénigne était peu chronophage pour le médecin alors qu'elle représentait un important gain de temps pour le proche. *« Un enfant qui hurle, qui a une otite, tu vas pas dire "ah non excuse, mais c'est dimanche" [...] pour moi c'est quoi ? C'est un quart d'heure de mon temps. »* (MG12)

De plus, il souhaitait faciliter et fluidifier le parcours de soin de ses proches, notamment l'accès aux examens complémentaires et aux spécialistes. En effet, le pouvoir de faire avancer les choses était un atout primordial : *« c'est plus le pouvoir en fait. Tu vois, le pouvoir d'avoir un scanner, d'avoir une IRM. T'appelles, tu l'as. Le pouvoir d'avoir un avis hyper rapide. Le pouvoir de pouvoir faire avancer les choses. »* (MG9) Il utilisait son réseau et sa connaissance du milieu médical pour que ses proches soient pris en charge plus rapidement.

Lorsque ce n'était pas de son ressort, le médecin avait un rôle dans l'orientation de la prise en charge vers le médecin traitant de son proche ou vers des spécialistes : *« j'aiguille, j'oriente, je dis "il faut faire plutôt ça, plutôt rapide". »* (MG5)

Il avait aussi un rôle d'accompagnement, de soutien et de réassurance pour ses proches. Il mettait à profit sa qualité d'écoute, de conseil et consacrait plus de temps à leur santé : *« on leur donne une écoute et ça les rassure aussi. Et en fait, si on peut leur offrir ça, c'est dommage de s'en priver. »* (MG4). Il rassurait également en vérifiant et validant leurs prises en charge : *« t'as ceux qui accordent beaucoup d'importance à ce que TOI tu as à dire... ils ont besoin que ça soit TOI qui confirme les choses. »* (MG5)

Au quotidien, le médecin était moteur dans la prévention et dans l'éducation de ses proches sur la santé : « *j'ai essayé de la motiver. Pour le coup, ma mère a mangé un peu mieux et a commencé à se bouger, à faire de l'activité physique.* » (MG16)

Pour finir, dans le contexte particulier de l'urgence, le médecin était souvent le premier recours, que ce soit sur place ou à distance : « *On ne s'appelle pas souvent, donc je décroche et elle me dit "Allô ! Mon beau-frère a une douleur dans la poitrine.* » (MG16) Agir dans l'urgence était alors vécu comme un devoir déontologique et une évidence, permettant une prise en charge plus rapide et optimale pour le proche. « *Elle avait une maladie de Horton. En fait, c'était urgent, fallait agir ! Du coup, j'ai agi !* » (MG15)

ii. Un rôle non choisi et une obligation de soigner

Cependant, pour la majorité des médecins interrogés, soigner ses proches était un rôle non choisi et par défaut. En effet, le médecin était souvent poussé à soigner ses proches par un fort sentiment d'obligation.

Dans un contexte de difficulté d'accès aux soins, le médecin pouvait être sollicité en tant que seul et dernier recours médical, le proche n'ayant pas trouvé de solution alternative. Le refus semblait alors impossible et pouvait être source d'une culpabilité décuplée. « *Parce que s'ils me demandent, c'est qu'ils sont déjà en perdition. Donc si je ne réponds pas à leur demande souvent, ils sont encore plus coincés.* » (MG12)

Dans ce contexte, le rôle de médecin traitant et la poursuite du suivi pouvaient aussi lui être imposés. Il ressentait alors de la solitude, avec l'impression d'être seul à se préoccuper de la santé de son proche.

Certains médecins contraints de soigner leurs proches, défendaient le fait que s'abstenir était pire qu'une mauvaise prise en charge. « *J'ai dû finir par devenir le médecin traitant de ma belle-mère. [...] Mais de toute façon, il faut faire quelque chose. [...] le problème [...] ce n'est pas de faire des solutions absolument bonnes ou absolument mauvaises, c'est*

essayer de faire la moins mauvaise. » (MG11)

Ce rôle imposé et non choisi était pesant pour le médecin. L'un des médecins interrogés se sentait prisonnier de cette relation : « *Arrivée en EHPAD je me suis dit "Ah chouette. Je vais pouvoir me libérer." Et en fait, non, on ne peut pas. Parce qu'en EHPAD [...] C'est difficile de trouver un médecin [...] Et du coup... je m'en suis pas libérée. » (MG15)*

Dans certains cas, le sentiment d'obligation existait aussi envers sa famille. Le médecin se sentait redevable envers ses parents de lui avoir financé ses études. Il pouvait aussi ressentir une certaine exigence de la part de sa famille qui s'attendait à ce qu'il mette à profit ses compétences et ses connaissances pour la soigner. Ceci était d'autant plus vrai s'il était le seul médecin de son entourage : « *Et je disais "mais est-ce que tu comprends que moi ça me stresse, ça m'angoisse, que ça vienne de toi, de ma mère." Eh bein non, c'était "Oh ! *tape du poing sur la table* C'est pas qu'on t'a payé tes études, mais presque." » (MG12)*

iii. Soigner ses proches était une évidence

À l'inverse, pour de rares médecins, soigner ses proches était une évidence. Il était alors normal pour eux de recevoir de nombreuses sollicitations ainsi que d'y répondre. Il n'y avait pas de questionnement sur son rôle de médecin dans la relation de soins avec ses proches car cela s'inscrivait dans une normalité : « *Moi je trouve ça normal ! » (MG17)*

b) Se positionner dans le soin et la santé de ses proches

Dès le début de leur exercice, il était important pour les médecins de se positionner vis-à-vis du soin de leurs proches. La majorité des médecins interrogés déconseillait de soigner ses proches : « *oui, c'est un piège. Il ne faut pas que tu t'embarques dans la gestion de tes proches ! » (MG11)*

i. Une nécessité de séparer les rôles

La nécessité de scinder les rôles était primordiale pour le médecin dont le souhait était de se positionner en tant que « proche » avant tout : *« j'insiste vraiment jamais parce que je préfère garder la posture de proche plutôt que celle de pro³ »* (MG5)

Face à un diagnostic grave, le médecin ne souhaitait pas être impliqué ou associé à un tel diagnostic. Il estimait que son rôle résidait dans celui de l'accompagnant, et préférait donc déléguer la prise en charge à un médecin extérieur.

Il était cependant parfois difficile de se positionner face aux rôles multiples que pouvait endosser le médecin-proche : *« je suis devenue l'aidant principal, le médecin. Et puis sa fille [...] c'est un peu trop. Je ne sais plus trop qui je suis au milieu de tout ça. »* (MG15)

À l'inverse, certains médecins étaient plus à l'aise avec la séparation des rôles et pouvaient passer de l'un à l'autre sans difficulté : *« J'ai l'impression que quand on me demande mon avis, j'endosse l'habit de médecin et du coup je me sens à l'aise, parce que je change d'habit. Je suis la mère et puis "pouf" je change, je prends l'habit de médecin et j'agis comme médecin. »* (MG2)

ii. Un questionnement sur l'implication dans la santé de ses proches

Le positionnement du médecin vis-à-vis de la santé de ses proches et de leur prise en charge était ambivalent. Il s'intéressait à leur santé et restait vigilant à ce qu'une prise en charge de qualité soit effectuée, tout en ne souhaitant pas intervenir. Cependant, le médecin était souvent impliqué contre son gré par les sollicitations de ses proches, ou alors s'impliquait indirectement en orientant son proche sur les examens à demander. *« Je suis vigilante, alors je ne vais pas être interventionniste. Ou du coup vraiment, au dernier moment, si je sens que vraiment ça part, que la prise en charge est pas dans les recos⁴ ou pas.... Mais sinon je reste assez en retrait quoi. [...] J'étais là en mode "c'est l'examen à faire quoi !" Donc là, je lui ai dit "bah Maman, la prochaine fois que tu vas voir le chirurgien, tu lui demandes de te faire une*

³ "pro" : professionnel

⁴ "recos" : recommandations

*scinti*⁵ osseuse. » (MG14)

iii. Réaliser le suivi de ses proches

La majorité des médecins refusait de manière claire et intransigeante de réaliser le suivi de ses proches. Certains faisaient eux-mêmes les démarches pour leur trouver un autre médecin traitant.

Dans de rares cas, le médecin pouvait accepter d'être le médecin traitant de son proche s'il estimait que celui-ci était « *en bonne santé*. » (MG18) En effet, il éprouvait moins de difficulté et moins de charge mentale à prendre en charge un patient jeune et ne présentant aucune pathologie chronique.

Enfin, la décision de prendre en charge un proche était mieux vécue si celle-ci venait du médecin, sans qu'il n'y ait eu de demande du proche : « *Mes enfants [...] Là, ça m'a posé moins de soucis parce que du coup, c'est pas eux qui demandaient, c'est moi qui allais vers eux.* » (MG13)

iv. Un décalage entre le positionnement souhaité et le positionnement réel

Malgré un positionnement se voulant ferme, les médecins étaient cependant prêts à mettre leurs convictions de côté pour venir en aide à leur proche. Ils étaient alors dépassés par l'envie de rendre service et de leur assurer une meilleure santé : « *C'est à dire que la limite que j'ai verbalisée assez rapidement, c'est "je veux pas vous soigner." [...] Et c'est dur de s'y tenir. C'est dur de s'y tenir parce que même quand on le verbalise, bah les demandes se répètent et... [...] quand il y a cette problématique aussi d'accès aux soins, c'est globalement, je pense LE principal facteur qui fait que j'ai du mal à tenir ces limites.* » (MG1)

⁵ "scinti" : scintigraphie

c) Une prise en charge peu optimale

Les médecins ressentait pour la plupart une charge mentale accrue dans le soin de leur proche et l'impression d'une prise en charge de mauvaise qualité était prédominante. Cependant, la satisfaction ressentie lorsque celle-ci était réussie était très importante.

i. Perte d'objectivité

Lors du soin à ses proches, l'affect était trop important et envahissant ne permettant pas le recul nécessaire à la prise de décision.

La peur de l'erreur et le risque d'une culpabilité majorée pouvait mener à une méfiance et une hypervigilance constantes : « *Ça me met tout de suite en stress ou en hyper vigilance [...] je me dis "Attention là, attention", j'ai les antennes qui s'allument. On va pas faire une co***rie.* » (MG15)

Cette perte d'objectivité et des repères demandait un effort de réflexion supplémentaire pour prendre en charge ses proches comme un patient lambda : « *il faut toujours que je me re-focus et faut toujours que je me remotive, recentre sur "fait comme si c'était un patient lambda."* » (MG13)

Le transfert d'émotions entre le médecin et le proche, tels que l'angoisse ou l'inquiétude, était important et entraînait une remise en question de son raisonnement : « *je sentais qu'à un moment il y avait trop d'angoisse de leur côté, de la maladie. Et du coup moi ça me mettait mal à l'aise, et des fois je ne savais plus quelle décision prendre...* » (MG2)

Le doute pouvait alors donner au médecin l'impression d'une prise de risque avec un besoin de validation de sa prise en charge par un médecin extérieur.

Certains médecins étaient déclarés médecin traitant de leurs proches, mais il n'y avait souvent pas de réel suivi, ni de prise en charge systématique en dehors de l'événement aigu : absence d'examen clinique, pas de tenue de dossier, oubli des vaccins pour les enfants et souvent l'absence de consultation dédiée. « *En fait j'ai vacciné quand la médecine scolaire s'affolait du retard vaccinal.* » (MG11)

De plus, il manquait des éléments dans l'interrogatoire, nécessaires à une prise en

charge rigoureuse : les antécédents ou les traitements et parfois l'impression d'une rétention d'information de la part du proche.

L'examen clinique n'était pas systématique, notamment dans les soins à distance et pouvait impliquer l'arrêt du suivi. Il était réalisé plus systématiquement chez les enfants contrairement aux adultes. Examiner son proche impliquait de rentrer dans son intimité physique, alors difficilement vécu par le médecin. L'examen n'était donc réalisé que lors d'une situation aiguë ou d'une plainte du proche.

Pour certains, la réalisation de l'examen clinique suscitait plus de responsabilité qu'un avis donné oralement.

ii. Minimisation ou maximisation

La possibilité d'une surveillance rapprochée et continue permettait souvent de temporiser la prise en charge : « *Je me dis peut-être : vu que je peux surveiller, voir comment ça évolue, j'attends. Et je vois ce qui se passe.* » (MG14)

Le juste milieu entre une minimisation ou une maximisation était difficile à trouver. Le médecin avait tendance à minimiser la plainte, à banaliser l'examen clinique et à sous-prescrire. Ceci jusqu'à la prise de conscience de sa minimisation ou à l'évocation d'un diagnostic grave, où il basculait alors sur une maximisation de la prise en charge. Il multipliait les examens complémentaires par l'inquiétude de passer à côté de quelque chose de grave : « *d'une part, ben oui, la minimisation. Et puis du coup l'autre extrême c'est dire "ah mince mais si ça se trouve je minimise trop, et il se passe vraiment quelque chose quoi." Et du coup-là, d'être euuuh... bah de dégainer quoi ! Les examens complémentaires, et patati patata...* » (MG14)

Pour d'autres, il existait une maximisation d'emblée.

iii. Malaise dans l'intimité

L'intimité physique et psychique du proche provoquaient un malaise chez la majorité des médecins.

Dans l'intimité physique, la gêne était prédominante lors de l'évocation de la sphère génitale de son proche ou de son examen gynécologique : « *Aaaah, ohlala la gênance⁶, elle avait une... Bah je pense un début de descente d'organe. Donc elle voyait un truc dans son vagin, elle a pris une photo et elle me l'a montrée. Quelle horreur !* » (MG14)

Entrer dans l'intimité psychique était également vécu difficilement par le médecin et par le proche qui avait des difficultés à se livrer complètement. Le malaise pouvant être ressenti par le médecin lors de la délivrance d'informations intimes menait alors à un refus de soin. L'introduction d'un traitement était parfois plus facile que la réalisation d'un entretien psychologique.

L'orientation vers un confrère semblait alors nécessaire pour les demandes touchant à l'intimité physique et psychique.

Pour les rares médecins à l'aise avec l'intimité de leur proche, le cadre sécurisant du cabinet permettait de vivre différemment l'accès à celle-ci : « *En fait les gens, si tu leur dis il faut t'examiner, il faut se dépoiler, machin. Je pense qu'ils préfèrent le contexte du cabinet [...] tu crées une intimité physique, mais dans ce cadre-là, ça va. Alors qu'à domicile, c'est pas la même chose.* » (MG8)

iv. Une prise en charge modifiée par la connaissance de son proche

Au premier abord, les médecins soutenaient que leur raisonnement médical n'était pas modifié mais qu'il pouvait mener à une prise en charge différente : « *Donc mon raisonnement n'est pas différent, je réfléchis tout pareil. Par contre je vais pas agir pareil.* » (MG5) Cela ne se confirmait pas toujours dans la pratique. La connaissance de son proche au quotidien donnait l'impression de le connaître médicalement et donc d'avoir une idée erronée de son état de santé : « *Mais c'était plutôt du vécu de voir que tout allait bien quoi.* » (MG2)

La connaissance de son proche permettait d'aborder la prise en charge de manière personnalisée et parfois simplifiée : anticiper les réactions, modérer les propos pour éviter d'inquiéter ou d'angoisser son proche. Elle permettait aussi au médecin de repérer plus

⁶ "gênance" : gêne

facilement d'éventuels troubles mnésiques : « *c'est des situations où souvent les gens donnent bien le change. Donc les gens qui sont pas très proches en fait, sous-estiment la gravité du problème.* » (MG11) De plus, connaître son proche dans le cadre de l'intimité pouvait permettre de détecter plus précocement certains signes cliniques de pathologies : « *Est-ce que c'est toi qui a découvert le cancer du sein de ta femme ? - Oui - D'accord, parce que tu avais senti une masse ? - Parce que je faisais autre chose que l'examen médical.* » (MG11)

Cependant, dans certains cas, nuancer les propos pouvait aller à l'encontre d'une prise en charge adaptée : « *Bah voilà, j'ai peut-être pas été assez insistante ou je ne l'ai pas expliqué justement... Par exemple, quelqu'un qui angoisse, je lui ai pas dit "non mais là, il faut que tu ailles aux urgences, tu fais peut être un infarct⁷". Voilà, là j'ai dit "là il faut un bilan."* » (MG6)

Une modification de la prise en charge pouvait également être décrite lorsque le médecin acceptait des demandes du proche, parfois injustifiées, afin de lui faire plaisir. Notamment multiplier des examens complémentaires ou orienter vers un spécialiste : « *les demandes de spécialistes type cardio ou des choses comme ça... Tu vas l'adresser pour faire une épreuve d'effort, alors que bon il a ni trop l'âge, ni trop...* » (MG12)

La situation particulière du soin à un collègue et d'un possible conflit d'intérêt pouvait aussi interférer dans la prise en charge, d'autant plus s'il existait une position hiérarchique : « *Est-ce que tu arrêterais une secrétaire ? Que tu sais que tu vas être dans la m**** parce qu'elle va être arrêtée ?* » (MG3)

d) La question de la responsabilité

i. Décalage entre la représentation du proche et du médecin

Le médecin avait l'impression que sa responsabilité était toujours engagée. Elle était ressentie même lorsqu'il donnait des avis médicaux ou lorsqu'il se retrouvait en dehors du cadre professionnel.

Un décalage existait entre la représentation du proche et celle du médecin concernant

⁷ "infarct" : infarctus du myocarde

cette responsabilité. Le proche avait tendance à minimiser certains actes, notamment les certificats médicaux. Pour le médecin, le certificat avait une valeur différente et était considéré comme un acte engageant sa responsabilité : « *Tu dis quand même "JE CERTIFIE" [...] c'est-à-dire, "c'est mon diplôme qui me permet de" [...] Parce que pour eux [...] tu pourrais juste signer et c'est pas grave.* » (MG12)

L'issue d'une erreur dans le domaine de la santé prenait une toute autre dimension comparée à d'autres métiers, ce qui n'était pas forcément perçu par le proche : « *Je pense que dans d'autres métiers, ils font les choses un petit peu, parfois pas toujours dans les clous. C'est pas grave. Mais nous, c'est vrai que, je vois avec les assurances qui nous envoient tous les problèmes qu'on peut avoir, tous les procès, tous les machins... ça nous fait flipper quoi !* » (MG12)

ii. Se décharger de la responsabilité

Le médecin cherchait à partager cette responsabilité pour s'en décharger.

Expliquer à son proche les risques encourus lors de la transmission d'une conduite à tenir et lui laisser la prise de décision, permettait au médecin de lui remettre la responsabilité : « *Je donne mon avis, mais c'est pas moi qui prend une décision.* » (MG8)

Partager la responsabilité avec ses proches lors de décisions familiales autour d'un proche en fin de vie ou institutionnalisé, permettait également d'alléger le vécu du médecin.

e) Définir sa posture professionnelle

i. Relations avec ses confrères et consœurs

Maintenir une posture professionnelle était difficile dans le contexte du soin à ses proches et notamment dans les relations avec ses confrères et consœurs.

Certains avaient des difficultés à confier le suivi et la prise en charge de leur proche à un confrère et ainsi leur faire confiance : « *ça serait bien de les envoyer chez quelqu'un, mais chez qui ? Mais c'est un vrai problème. C'est-à-dire.... il faut que j'ai confiance.* » (MG9)

La majorité des médecins ne souhaitait ni intervenir, ni s'impliquer dans la prise en

charge d'un confrère. Cependant, le risque de s'immiscer dans celle-ci était présent lorsqu'il existait un désaccord, notamment lorsque le médecin se voulait maximaliste pour son proche.

ii. La difficulté du secret professionnel

Le respect du secret professionnel dans le soin de ses proches était une évidence pour le médecin, mais ses limites n'étaient pas toujours claires.

En effet, certains considéraient qu'il n'existait pas de secret professionnel pour les pathologies bénignes.

De plus, au cours d'un événement aigu et grave, le secret professionnel pouvait être affranchi par le médecin ressentant alors un excès d'émotions : « *pour l'événement cardiovasculaire en particulier. Ben non, j'ai complètement rompu le secret médical. Oui, complètement.* » (MG1) Il en était de même lors de discussions familiales autour de la fin de vie ou de proches institutionnalisés : « *Quand je suis embêté avec mes décisions médicales, j'en parle aussi à mes frères et sœurs. C'est vrai que du coup, j'ai pas bien le choix.* » (MG15)

Le respect du secret professionnel dépendait du contexte et du cadre dans lequel l'information était délivrée : « *elle a fait ça devant tout le monde. Je lui ai dit "Tu veux que je regarde tes jambes, je regarde tes jambes, mais du coup, c'est devant tout le monde en fait." Donc la y'a pas de secret professionnel [...] moi je ne suis pas responsable.* » (MG13)

Le proche pouvait demander au médecin, hors contexte professionnel, d'être tenu au secret : « *est-ce que tu peux garder le secret ? T'en parles pas.* » (MG16)

Le médecin pouvait aussi l'évoquer et s'en servir pour recadrer un proche ou limiter des tentatives d'obtenir des informations confidentielles de la part de celui-ci. « *Là, on sort du cadre de ce repas amical parce que tu me parles des problèmes de santé de ta femme [...] c'est pas le moment. Tu me demandes de trahir un secret médical en parlant de ce que je fais moi.* » (MG13)

La tenue du secret professionnel pouvait être pesant dans un milieu où tout le monde se connaissait. Ceci suscitait beaucoup d'inconfort et menait à des situations complexes. Suite

à la prise de connaissance d'informations confidentielles liées au secret, la perception du proche et de leur relation pouvait être modifiée : « *Bah disons que je savais qu'elle tapait son mec ! Alors qu'aux copines elle leur disait "oh, je n'ai jamais été aussi amoureuse, qu'est-ce qu'on est bien ensemble" alors que je savais que le mec était en train de porter plainte contre elle. Il y a un moment donné t'es là, tu dis "mais qu'est-ce que tu racontes quoi ?" » (MG9) Le médecin éprouvait alors une difficulté à rester impartial et se sentait obligé de mentir ou de taire certaines informations en dehors du cadre professionnel : « *C'est-à-dire qu'au moment où on faisait des apéros, je pouvais rien dire parce que j'étais bloquée par le secret professionnel de ce qu'elle m'avait raconté en consultation. » (MG9)**

Il pouvait aussi éprouver des difficultés à accompagner un proche dans son rôle de proche en ayant eu accès à des informations en tant que médecin : « *c'est hyper compliqué. Moi, je savais des choses que je n'avais pas à savoir, du tout, en tant qu'ami [...] Et donc je n'arrivais plus à me positionner. » (MG9)*

iii. Maintenir une posture professionnelle

Le maintien d'une posture professionnelle représentait un effort pour le médecin, notamment lors d'une consultation vécue comme un moment plaisant avec un proche.

Le médecin craignait alors de perdre sa posture professionnelle et ainsi la distance nécessaire à un soin de qualité. Les échanges personnels éloignaient du motif et du cadre de la consultation et pouvaient mener à un risque d'erreur : « *quand j'ai une copine qui vient au cabinet, des fois je suis obligée de me forcer à me dire "tu es médecin, tu es pas la copine", parce que pendant la consultation, on peut avoir envie de digresser sur autre chose et de perdre le focus sur ce pourquoi elle vient [...] Et je trouve que ces consultations de gens qu'on connaît un peu trop, ça nous fait perdre le cadre et quelque part, la relation médecin patient qui... je ne dis pas qu'il y a une hiérarchie chef et sous-chef ou parent-enfant, mais quelque part cette autorité, en tout cas, ça se perd un peu. Parce qu'on a le côté sympathique qui a pris le dessus : affectif, émotionnel. » (MG13)*

Pour éviter ces déconvenues, il semblait nécessaire d'établir des limites.

2. L'établissement d'un cadre afin de préserver son espace personnel

a) Établir un cadre et des limites

L'établissement d'un cadre était difficile mais primordial pour exercer une médecine de meilleure qualité.

i. Un cadre via le lieu de consultation et les canaux de communication

La mise en place d'un cadre via le lieu de la consultation permettait de rester systématique. Le cadre du cabinet était vécu comme sécurisant, créant une distance et une objectivité nécessaires pour une prise en charge plus rigoureuse : « *ne serait-ce que pour avoir une décision objective et qu'il y ait un cadre médical et un vrai examen* ». (MG4) Il permettait ainsi d'accorder plus de valeur aux soins.

Le cadre du cabinet créait un temps de consultation dédié. L'écoute du proche par le médecin était alors meilleure et les avis ou conseils médicaux donnés par le médecin avaient plus d'impact. Il permettait de remettre le médecin et le patient à leur place : « *au cabinet dans une structure où... où c'est un peu stéréotypé mais... mais où on sait qui est à sa place, quoi.* » (MG1)

L'établissement d'un cadre passait également par la sectorisation des demandes professionnelles et personnelles en fonction des différents canaux de communication : « *Ah bah tu sais, moi si c'est sur mon perso, je suis au boulot, envoie-le-moi sur ma messagerie pro.* » (MG8)

ii. Un cadre et des limites modulables

Le cadre et les limites étaient « *en perpétuel ajustement* » (MG14). Ceux-ci étaient souvent modifiés à la suite d'expériences ou de difficultés vécues. Les limites étaient ajustées au domaine de compétence du médecin et s'assouplissaient avec le temps et l'expérience. Elles étaient modulables, souvent du fait qu'il était difficile de s'y tenir : « *C'est dur de s'y tenir*

» (MG1)

A noter que les limites étaient différentes avec des proches soignants qui se montraient souvent moins envahissants car plus compréhensifs de la charge mentale causée par les demandes : « *Puis, comme il a été médecin aussi, il sait que c'est ch**** d'être sollicité, enfin... parce que du coup, il perçoit un peu... La charge mentale et l'inconfort que ça peut être.* » (MG10)

L'absence de limites bien établies laissait place à du débordement avec des sollicitations plus fréquentes et un envahissement permanent de son espace personnel.

b) Des sollicitations et des demandes abusives

i. Demandes de "dépannage"

Nombreuses étaient les demandes de « *dépannage* » (MG3) pour lesquelles il était difficile de se positionner. Le dépannage trop systématique risquait d'entraîner une rupture de suivi et de majorer les demandes : « *Ce n'est pas de mon ressort et je ne vais pas dépanner des gens parce qu'après je sais très bien que derrière, ils vont redemander. Je ne veux pas du tout donner cette habitude là...* » (MG18)

ii. Des demandes abusives

Le médecin éprouvait du plaisir à rendre service lorsqu'il était peu sollicité. Cependant, les demandes étaient vécues comme abusives si elles étaient trop fréquentes voire insistantes. Pour certains, les demandes étaient constantes et quotidiennes, entraînant une impossibilité de couper avec le professionnel : « *il n'y a pas un jour où je ne suis pas sollicitée.* » (MG12) Celles-ci provoquaient de la colère chez le médecin : « *quand c'est répété, ça finit par me mettre de mauvaise humeur. Peut-être parce que je me dis, "mais j'arrive jamais à lâcher."* »

(MG13). Une « *forme de lassitude* » (MG12) pouvait aussi s'installer : « *Là j'en ai marre. C'est-à-dire que ouaiff... je le fais en traînant des pieds maintenant...* » (MG12)

Les demandes étaient également perçues comme abusives lorsqu'elles étaient non urgentes, bénignes, et qu'elles pouvaient être gérées par le médecin traitant.

La majorité des celles-ci étaient effectuées hors cadre, passant souvent par des canaux de communication privés « *des SMS pour avoir des ordonnances de TSH, de Levothyrox et compagnie* » (MG9) et vécues comme inacceptables par le médecin.

De plus, un malaise pouvait être ressenti lorsque la demande était associée à du chantage affectif : « *en fait, ils ont tendance à nous prendre un peu par les sentiments* » (MG13) ou « *quand on me demande quelque chose qui va à l'encontre de mes valeurs...* » (MG12)

Chacun avait cependant sa définition de demande abusive et certains estimaient ne pas en recevoir.

iii. Des sollicitations favorisées par l'accessibilité du médecin

Les sollicitations étaient favorisées par l'accessibilité et la disponibilité du médecin et étaient dépendantes de la personnalité de celui-ci. Un médecin plus ouvert et accessible recevait plus de demandes abusives qu'un médecin plus autoritaire et qui créait de la distance : « *après, ça peut être un piège aussi parce qu'ils me demandent plus facilement vu que je suis "accessible".* » (MG7)

Les sollicitations étaient également majorées lorsqu'il était le seul médecin dans son entourage et que le médecin traitant n'était pas accessible : « *je suis souvent sollicité [...] je suis le seul médecin dans ma famille, donc... ça fait que tous mes oncles, tantes, cousins facilement, ils vont me solliciter pour des petits avis.* » (MG18)

c) Un envahissement de son espace personnel

L'envahissement de l'espace personnel par le professionnel était constant et pesant,

avec une omniprésence professionnelle et une impossibilité de déconnecter : « *Je vais faire des courses au Petit Casino [...] je me fais harponner !* » (MG12)

Il se traduisait par la présence de matériel médical au domicile ou d'un ordonnancier toujours sur soi. Les retrouvailles étaient trop souvent synonymes de demandes de soin et les sollicitations au détour d'une conversation informelle étaient trop nombreuses : « *en réunion de famille [...] ça te ramène toujours un peu au pro⁸, où voilà, tu dois faire une expertise et dégainer l'ordonnance...* » (MG6)

Les médecins exprimaient un besoin vital de coupure malgré l'envie de rendre service et un souhait de séparer l'espace personnel et professionnel : « *Et des fois j'ai pas envie en fait. C'est que des fois j'ai envie de débrancher aussi.* » (MG12)

De rares médecins acceptaient et appréciaient l'intrication entre vie personnelle et professionnelle, notamment lorsque certains patients devenaient proches avec le temps. « *Ça me dérange pas du tout que ce soit entremêlé et même je trouve ça plutôt sympa en fait.* » (MG8) « Proche » était alors défini comme tout ce qui mêle la vie personnelle et professionnelle.

d) Refuser

Un refus catégorique était difficile voire impossible, parfois même pour une demande semblant injustifiée. Il était d'autant plus difficile que le médecin était le seul ou le dernier recours dans un contexte d'accès aux soins compliqué : « *Maintenant, le problème c'est qu'on est dans une telle situation de démographie médicale que... en fait, moi j'ai toujours refusé au départ. Dans toutes ces histoires, je dis non, non, ce n'est pas moi, etcetera... mais à la fin...* » (MG11) Le médecin éprouvait alors l'obligation morale de soigner son proche et ressentait une forte culpabilité s'il venait à refuser.

De plus, la difficulté à refuser était intimement liée aux possibles conséquences du refus. Le médecin éprouvait une peur de décevoir, de rompre le lien, et de renvoyer une mauvaise image de sa personne : « *Des fois, ça me met en porte à faux, parce qu'on a l'impression que je suis... je suis la pénible.* » (MG12) Il existait une crainte de

⁸ "pro" : professionnel

l'incompréhension du proche face au refus, alors perçu comme un acte déloyal.

Le refus pouvait être lié à la peur de découvrir un diagnostic grave ou des résultats anormaux, estimant que ce n'était pas le rôle du médecin proche : « *elle me voit comme son amie, donc je ne suis pas le médecin qui annonce la mauvaise nouvelle.* » (MG13)

Le refus était plus facile avec l'ancienneté et l'expérience : « *le "non" est devenu de plus en plus facile avec le temps.* » (MG13) Il était souvent justifié par la responsabilité liée à la demande. Concernant les demandes de certificats médicaux, le refus était catégorique pour la majorité des médecins : « *Donc les certificats de sport, c'est NON, ça c'est clair.* » (MG13)

Cependant, une verbalisation claire du refus était difficile et pouvait passer par un refus déguisé ou une non-réponse : « *Ou alors je ne réponds pas... ou, oh c'est horrible hein [...] je fais l'autruche.* » (MG12)

Lorsque verbalisé, il était important d'expliquer les raisons du refus, d'éduquer le proche et de proposer des solutions alternatives : « *je leur dis "vous allez voir votre médecin traitant, je suis pas là pour..." Puis je leur explique, je leur dis "c'est l'occasion de faire une visite, de discuter de plein de choses."* » (MG14) Des réponses types étaient élaborées en avance, et utilisées si besoin : « *Donc je me suis un peu préparée, j'ai préparé ma réponse en disant "bah écoute, le mieux c'est d'aller voir ton médecin." Je pense qu'il faut avoir en réserve une petite demi-douzaine de phrases...* » (MG13)

3. Une relation complexe dans le soin

a) La représentation du médecin

i. La position sociale du médecin, fierté et confiance des proches

La position sociale du médecin était perçue comme spéciale et importante. En effet, le statut de médecin était décrit comme « *noble* » (MG18), respecté et valorisé. Celui-ci menait à une place privilégiée dans son entourage, inspirant la confiance, la fierté et l'admiration des proches. Il offrait une forme de légitimité à sa personne et son discours : « *ça offre quand même un truc de légitimité dans ce que tu dis, ce que tu penses* » (MG14)

Sa position sociale était cependant perçue différemment s'il existait d'autres médecins dans le cercle familial ou amical.

Pour certains, aucun sentiment de supériorité sociale ou de barrière sociale n'était ressenti et leur place était inchangée parmi leurs proches : « *je n'ai pas cette représentation du médecin sur un piédestal et je trouve ça erroné de se faire cette idée...* » (MG10)

ii. Des émotions ambivalentes

Cette représentation sociale suscitait des émotions ambivalentes chez le médecin.

Il trouvait de la valorisation, de la fierté ainsi qu'une validation de son statut dans la confiance de ses proches : « *c'est vrai que la confiance en fait, ils ont confiance en toi... donc [...] tu te sens valorisée et contente de te dire "[...] c'est moi qu'ils appellent pour leurs questions"* ». (MG13) La reconnaissance de ses proches était gratifiante et flatteuse. Elle apportait de la « *satisfaction d'avoir rendu service* » (MG13) et le confortait dans son rôle de médecin : « *la valorisation de la personne qui te dit [...] "Merci, tu m'as réglé mon problème." Donc ça, c'est le contentement de se dire qu'on a fait quelque chose de bien* » (MG13)

Pour certains, cette place privilégiée était importante au point de se sentir dévalorisé, blessé voir même jaloux lorsque le proche sollicitait un autre médecin : « *Mais à un certain moment, je me disais "mais m****, il appelle maman, alors qu'en fait moi je sais mieux répondre à sa question." Du coup, j'étais... un petit peu de jalousie ?* » (MG7)

Ils avaient aussi peur du manque de reconnaissance potentiellement ressenti lors du passage à la retraite.

Un sentiment d'illégitimité pouvait être décrit : « *j'ai un peu ce syndrome de l'imposteur* » (MG16) et un sentiment de ne pas être à la hauteur : « *J'ai mis beaucoup de temps à m'assumer en tant que médecin et à avoir confiance en ma capacité de soigner les gens [...] Donc je n'en veux pas à ma famille d'avoir mis du temps aussi à ce que je trouve ma vraie place.* » (MG7)

Rarement, une honte de son statut pouvait être ressentie, notamment dans un milieu

où le travail n'était pas valorisé : « *j'étais entourée de beaucoup de petits "babos"⁹, qui ne veulent plus trop travailler, qui se posent des questions un peu sur le sens du travail et qui ne valorisent pas le fait de cravacher des années sur les études et qui sont à l'opposé du monde médical, ou qui vont tendre vers de la médecine alternative.* » (MG16)

iii. Le médecin qui a la connaissance innée, « médecin expert »

Une représentation du médecin ayant la connaissance innée et « *la science infuse* » (MG14) était difficile à assumer : « *j'ai pas envie [...] de mettre en avant que je suis docteure, car je sais que je ne sais pas tout.* » (MG16) Le médecin était mis « *sur un piédestal* » (MG10), représentant le savoir. Il se devait d'argumenter et de défendre la médecine lors de certaines discussions ou débats, au risque d'une perte de crédibilité : « *je n'ai pas encore cette assurance à défendre bras et corps toute la médecine [...] ça a été un grand débat pendant tout un repas et c'était hyper dur. C'est un exercice pas facile d'assumer sa position de médecin. Ils te demandent beaucoup de choses.* » (MG16)

Il existait parfois un décalage entre les demandes des proches et le niveau d'expérience du médecin : « *dès la deuxième année de médecine, quand on fait encore que des maths et de la physique, ma mère me demandait si tel médicament était mieux que celui-là.* » (MG3)

Le médecin pouvait aussi se retrouver face à un proche devenu « *expert de sa pathologie* » (MG16), le confrontant à son manque de connaissance sur un sujet précis et induisant un sentiment d'illégitimité.

iv. Un statut de médecin toujours omniprésent

Le statut de médecin était perçu comme omniprésent, avec parfois l'impression que son identité se définissait uniquement par sa profession : « *En fait, le plus difficile, c'est qu'il y a des fois t'as l'impression que ton identité passe par ton statut de médecin et qu'en fait t'es*

⁹ « *babos* » : « (Argot) (Familier) Jeune écologiste vivant en communauté, rejetant la société de consommation et voulant se rapprocher de la nature » (22)

"MG13 médecin", t'es pas "MG13 aussi qui raconte des blagues ou avec qui on peut discuter d'autre chose". » (MG13)

Le fait d'être constamment ramené à son statut était source de tristesse avec une sensation d'être mis à l'écart et de ne plus pouvoir être soi-même en dehors du travail.

v. La représentation du médecin pouvant modifier les relations

La représentation sociale du médecin pouvait créer une inégalité dans la relation médecin-proche. En effet, de nombreux médecins décrivaient un changement de regard à l'évocation de leur profession, perçue comme supérieure, et donc une modification dans l'établissement de nouvelles relations : « *quand je rencontre des gens... Bon alors évidemment, très vite on te demande ce que tu fais, mais si je peux éviter ! *rires* On va pas dire que ça pervertit un peu les relations mais si un petit peu quand même.* » (MG15)

L'un des médecins craignait que l'admiration de ses proches pour son statut prenne le dessus par rapport à d'autres émotions, notamment dans le cadre de relations amoureuses : « *ce côté admiration [...] la peur que la personne tombe amoureuse de ce côté-là, de ce côté médecin, au-delà de ce que je suis* ». (MG14)

Enfin, le médecin ressentait un besoin de garder l'anonymat, par peur d'une modification des relations et des sur-sollicitations. Ceci se traduisait parfois par la décision de vivre à distance de son lieu de travail ou par une discrétion sur sa profession : « *Quand les gens me disent et que je ne les connais pas "qu'est-ce que tu fais dans la vie ?", je leur dis : "c'est pas important, pour la journée qu'on a à faire."* » (MG13)

vi. Médecin vu comme un distributeur de services

Dans une société devenue consommatrice de soins, la représentation du médecin était associée à celle d'un « *métier de services* » (MG10) : « *on est un service, donc on est consommés...* » (MG12)

Pour certains, le fait d'être perçu comme un « distributeur de services » était vécu comme très réducteur et pouvait être associé à un manque de reconnaissance : « *Je trouve que c'est un manque d'humilité [...] C'est juste le minimum syndical. [...] pour eux, c'est normal maintenant, c'est facile... Mais non ! Je demande [...] un minimum de... je sais pas...de respect.* » (MG12)

Pour d'autres, il s'inscrivait dans une dynamique d'échanges de services, avec un plaisir d'y participer et de se sentir utile : « *je trouve que le monde est plus joli si on peut se rendre des services gratuits que si à chaque fois on est dans un cadre, et qu'on fait payer tout ce qu'on fait.* » (MG8)

b) Une relation médecin - proche complexe

i. Différentes dynamiques dans la relation

Il existait différentes dynamiques entre le médecin et le proche dans la relation de soin.

Pour certains médecins, la relation était non directive. Elle se rapprochait d'une discussion d'égal à égal autour du soin avec plus de communication et d'échange possible avec le proche. Les médecins n'avaient pas peur de dire à leurs proches lorsqu'ils ne savaient pas ou lorsqu'ils n'avaient pas les réponses à leurs demandes.

De plus, ils étaient plus investis, francs et perfectionnistes dans la prise en charge de leurs proches et donc moins conciliants à accepter une demande non justifiée. En effet, les tenants et aboutissants du refus étaient plus faciles à expliquer au proche qu'à un patient lambda. « *Après... je ne pense pas être plus compliant, parce que c'est mes proches. Si je pense qu'un examen est inutile ou un traitement est inutile, j'aurais plus de facilité à le dire à mes proches qu'à un patient. Je pense que c'est plus facile de le dire ouvertement avec des arguments qui tiennent vraiment la route qu'à certains patients, auxquels c'est difficile d'expliquer les choses. [...] j'aurais plutôt tendance à, je pense, faire de la meilleure médecine avec mes proches qu'avec mes patients.* » (MG10)

Une éducation du proche sur la valeur et la responsabilité des soins demandés était alors réalisée : « *ils ont l'impression que ça vaut rien. Donc il faut réapprendre aux gens la valeur de notre acte.* » (MG13)

Cependant, ce pied d'égalité dans la relation pouvait entraîner une moins bonne écoute de la part du proche et une difficulté à cadrer la relation. « *Parce que bein oui, effectivement c'est pris un peu à la légère. T'es le copain. Tu files les trucs. T'expliques des choses. Mais tu restes le copain [...] il faut des fois un petit peu reprendre ce côté un peu paternaliste, t'as l'impression, et remettre un peu d'obéissance. Et du coup, c'est compliqué quand t'es copains.* » (MG5)

Pour d'autres médecins, la relation dans le soin avec leur proche passait par une approche plus directive, verticale voire paternaliste. « *Bah écoute c'est dimanche, il faut que t'appelles le 15, ou sinon tu vois ton médecin.* » (MG9)

Pour un des médecins interrogés, le fait de trop s'impliquer dans la santé de ses proches donnait un aspect de contrôle dans cette relation. « *Mais oui, forcément un peu plus hyper impliquée, un peu plus maternante ou paternaliste.* » (MG4)

ii. Une confiance absolue du proche

Dans sa relation avec son proche, le médecin percevait une confiance absolue du proche en ses capacités de médecin.

Parfois celui-ci avait l'impression que le proche était faussement rassuré par sa simple présence et avait le sentiment d'être intouchable. « *Et du coup créer de l'admiration, voilà, t'es médecin, ce truc de "ça protège peut-être d'être avec un médecin." Moi je pense que j'ai déjà ressenti ça avec des guides de haute montagne. Ah me dire "ah bah je suis avec un guide, rien ne peut m'arriver."* » (MG14)

Cela pouvait être pesant pour le médecin d'avoir l'impression de devoir toujours être à l'affût de la santé de son proche et de devoir la gérer sans que cela soit explicité. Il se déchargeait alors de sa responsabilité en le verbalisant : « *mon copain, ça fait deux semaines et demie qu'il tousse et la dernière fois je lui ai dit "tu sais, c'est pas parce que tu es avec un médecin, que ça te protège de quoi que ce soit."* » (MG14)

Le proche pouvait refuser d'être suivi et soigné par quelqu'un d'autre, obligeant le médecin-proche à assurer son suivi : « *je n'arrive pas en fait à le mettre à un autre médecin, parce qu'il dit "non, je veux que ça soit toi."* » (MG9)

Cette confiance absolue n'était pas toujours facile à assumer pour le médecin. Elle était source d'une inquiétude de ne pas apporter des soins à la hauteur, « *de ne pas faire les choses suffisamment bien.* » (MG12) Ceci était associé à une peur de décevoir et de baisser dans leur estime, ainsi qu'un sentiment d'échec si le médecin n'avait pas les connaissances nécessaires pour répondre à une demande.

De plus, dans cette relation de soin, la confiance était établie aussi du côté du médecin. Il faisait confiance à son proche sur la véracité des informations médicales transmises, notamment lors de la réalisation d'un certificat médical. « *Ouais, après je leur fais confiance. Après, pour le coup, je les connais, je les ai vu et je leur demande bien les infos¹⁰. Et ils m'assurent bien que c'est pas du bullsh***¹¹.* » (MG16)

iii. Une place particulière et privilégiée parmi ses proches

Le médecin était souvent le premier interlocuteur de ses proches et avait donc une place privilégiée par rapport à d'autres proches, pouvant lui occasionner un malaise. « *Par rapport à mon papa, ma sœur, elle a dit que j'avais un rôle privilégié, parce que j'avais des compétences et que du coup, j'avais été tenue informée avant elle de tout ça, alors qu'elle c'est l'aînée [...] Cet excès de confiance qu'ils nous font parce qu'on est médecin. On a finalement une position qui est privilégiée, mais pas forcément souhaitable.* » (MG4)

Lors de décisions familiales autour du devenir d'un proche se dégradant ou en fin de vie, il se devait d'expliquer et de convaincre les autres proches quant à la meilleure décision à prendre. S'il existait un désaccord il avait le pouvoir de décision finale de par son rôle de médecin.

¹⁰ "infos" : informations

¹¹ "bulls***" : c***ries en anglais

iv. Une implication dans la santé de ses proches contre son gré

L'implication du médecin dans la santé de ses proches n'était pas toujours voulue et lui était parfois imposée.

Il était alors inclus dans le parcours de soins de son proche sans que ce dernier ait pensé aux possibles répercussions émotionnelles : « *En plus elle m'a tout envoyé, puis même son médecin, il m'a même appelé directement, parce que voilà je l'ai remplacé.* » (MG18) Le médecin pouvait être blessé de l'absence de réalisation du proche de la charge mentale qu'il pouvait ressentir suite à la réception de résultats médicaux anormaux.

Il se sentait incompris concernant son vécu de l'envahissement et de sa difficulté à soigner ses proches.

v. Une lucidité sur le devenir des pathologies de ses proches

Le médecin avait une vision plus globale des situations médico-sociales de ses proches et pouvait alors imaginer le pire.

En effet, il existait un décalage avec les proches du médecin, car ce dernier anticipait l'évolution probable des pathologies et l'éventualité d'un diagnostic grave : « *Et en fait, quand il était en réanimation avec le COVID, moi, avec l'éclairage un peu des connaissances médicales, quand on nous donne certaines variables, je pense qu'on peut vite faire un schéma dans la tête et comprendre plus vite certaines situations que d'autres personnes. Et donc on a un train d'avance.* » (MG4)

Il existait une forme d'ambivalence entre le fait de toujours imaginer le pire pour ses proches et la peur constante du déni : « *Ou alors à des moments donnés, et c'est ça qui fait le plus peur, c'est que pour le moment, j'ai toujours pensé tout de suite au pire. Mais ce qui me ferait encore plus peur, c'est de ne pas y penser, alors que c'est ça. C'est le déni !* » (MG4) La perte d'objectivité et la charge mentale ressentie étaient alors majorées.

La confrontation à un potentiel diagnostic grave était vécue très négativement. Celle-ci devenait une préoccupation constante. Le souhait de protéger ses proches en ne leur communiquant pas cette éventualité, majorait sa charge mentale et son inconfort. Il existait une peur de passer à côté ou d'être dans le déni d'un diagnostic grave. Il était difficile d'accepter que ses proches puissent être malades : « *S'il y avait un truc grave qui se passait, je me suis dit finalement... on fait l'autruche, on voit pas... on a tellement pas envie que ses proches soient malades.* » (MG12)

De plus, le diagnostic avéré d'une pathologie grave pouvait provoquer une forte culpabilité chez le médecin ayant découvert la pathologie et était accompagné d'une surcharge émotionnelle à type d'inquiétude et d'angoisse.

Le médecin confiait qu'il souhaitait parfois revenir à une place de proche qui n'aurait pas la connaissance ni la lucidité concernant le devenir de la pathologie de ses proches ainsi que l'éventualité d'un diagnostic grave.

- vi. La plupart du temps, une impression de minimisation de l'avis du médecin par le proche

Lors d'avis ou de conseils donnés à ses proches, le médecin avait l'impression que ceux-ci étaient minimisés.

Les proches semblaient faussement rassurés et soulagés par le simple fait d'avoir délivré l'information médicale à leur médecin-proche : « *j'avais un proche qui avait une douleur thoracique et je lui ai dit "bein là, il faut aller aux urgences, voilà, il faut faire un ECG, tout ça..." et en fait, le fait de m'en avoir parlé, ça l'a déjà soulagé [...] "bon bah je vais attendre 2 h, je vais voir comment ça évolue."* » (MG6) Lorsque l'avis était donné en dehors du cadre professionnel, celui-ci semblait avoir moins d'impact. Il était soumis au risque d'interprétation du proche qui prêtait une écoute différente, comparée à un avis donné par un autre médecin. Le médecin proche avait alors l'impression qu'il était moins crédible. Cela pouvait avoir des conséquences sur la santé du proche et mener à des retards de diagnostic : « *Mais voilà, il y a eu un retard diagnostique et parce que là, elle m'en parlait comme ça, mais elle consultait pas. J'avais beau lui dire écoute ça me paraît pas normal d'avoir mal comme ça.* » (MG15)

Il existait alors un décalage entre la multiplication des demandes par le proche pour un même problème et sa non-écoute des conseils donnés. Ceci pouvait être lié à un décalage entre ce que le médecin et le proche pensaient important pour sa santé.

Cette impression d'être décrédibilisé lorsque ses conseils n'étaient pas pris au sérieux était source de frustration, de déception voire d'échec pour le médecin : « *Tu me fais un peu ch**r quand même parce que quand je te donne des conseils [...] pour ta santé, parce que [...] je pense qu'il y a des trucs sérieux à vérifier [...] pfff tu m'écoutes pas...* » (MG5)

Pour d'autres médecins, à l'inverse, l'écoute de leurs avis par le proche semblait majorée par rapport à un patient lambda.

vii. Une relation dans le soin vécue différemment en fonction de l'ancienneté de celle-ci

De plus, la relation dans le soin était vécue différemment en fonction de l'ancienneté de celle-ci.

Dans une relation récente, le médecin était automatiquement associé à sa profession, ayant déjà ce statut au moment de la rencontre. Dans ce contexte, les demandes étaient plus fréquentes et plus facilement acceptées par le médecin, car il voulait créer du lien, notamment en rendant service. Il avait peur de décevoir le proche s'il refusait une demande car cela pouvait mettre en péril la relation : « *Alors que pour les amis moins proches, par exemple mes coloc¹², c'est une relation qui est nouvelle. Quand ils me demandent quelque chose, je n'arrive pas à leur dire non parce que je pense que je veux leur... leur... enfin, faire qu'ils m'aiment bien quoi ! *rires* Et du coup, ça passe aussi par ça. [...] Et vu que nos liens ne sont pas très épais, enfin.... C'est un peu bizarre de dire ça mais... bah j'ai envie de les épaissir [...] quelque soit le moyen.* » (MG14)

Dans une relation plus ancienne, établie avant qu'il ne devienne médecin, celui-ci restait le proche avant tout. Il y avait alors moins de sollicitations médicales. Le refus était plus facile car le lien était plus fort et tenait à autre chose que des services rendus : « *Je trouve que*

¹² "colocs" : colocataires

les gens avec qui je suis très proches, ma famille, mes amis très proches : c'est facile parce que je sais que notre lien d'affection tient à autre chose que ce truc que je peux leur apporter par mes compétences. » (MG14) ; « Les gens proches, tu n'as pas peur de perdre le lien. Je peux leur expliquer franchement. » (MG8)

c) Une modification des relations

La relation médecin-proche pouvait être modifiée, notamment par la recherche de bénéfices secondaires.

En effet, certains médecins étaient sollicités par leurs proches uniquement pour des demandes d'ordre médicale. Le proche profitait alors de la relation amicale pour obtenir des bénéfices secondaires : « *Je sais que dès que je vois son nom sur mon portable, je sais que ça ne sera pas pour me demander comment moi je vais, mais ça sera pour me demander quelque chose... [...] je me dis "t'es un peu utilisée ma fille" ».* (MG12) Ceci était perçu comme abusif par le médecin et était source de déception et de tristesse : « *ça fait de la peine* ». (MG12)

Suivre ses proches, et notamment ses amis, était alors à risque de conflit et de rupture amicale : « *Mais du coup, j'ai perdu son amitié.* » (MG9) Il pouvait ainsi se développer une méfiance lors de l'établissement de nouvelles relations.

Certains médecins faisaient le choix de faire suivre leurs proches par un médecin qui n'était pas un ami, par peur de mettre en péril leur relation.

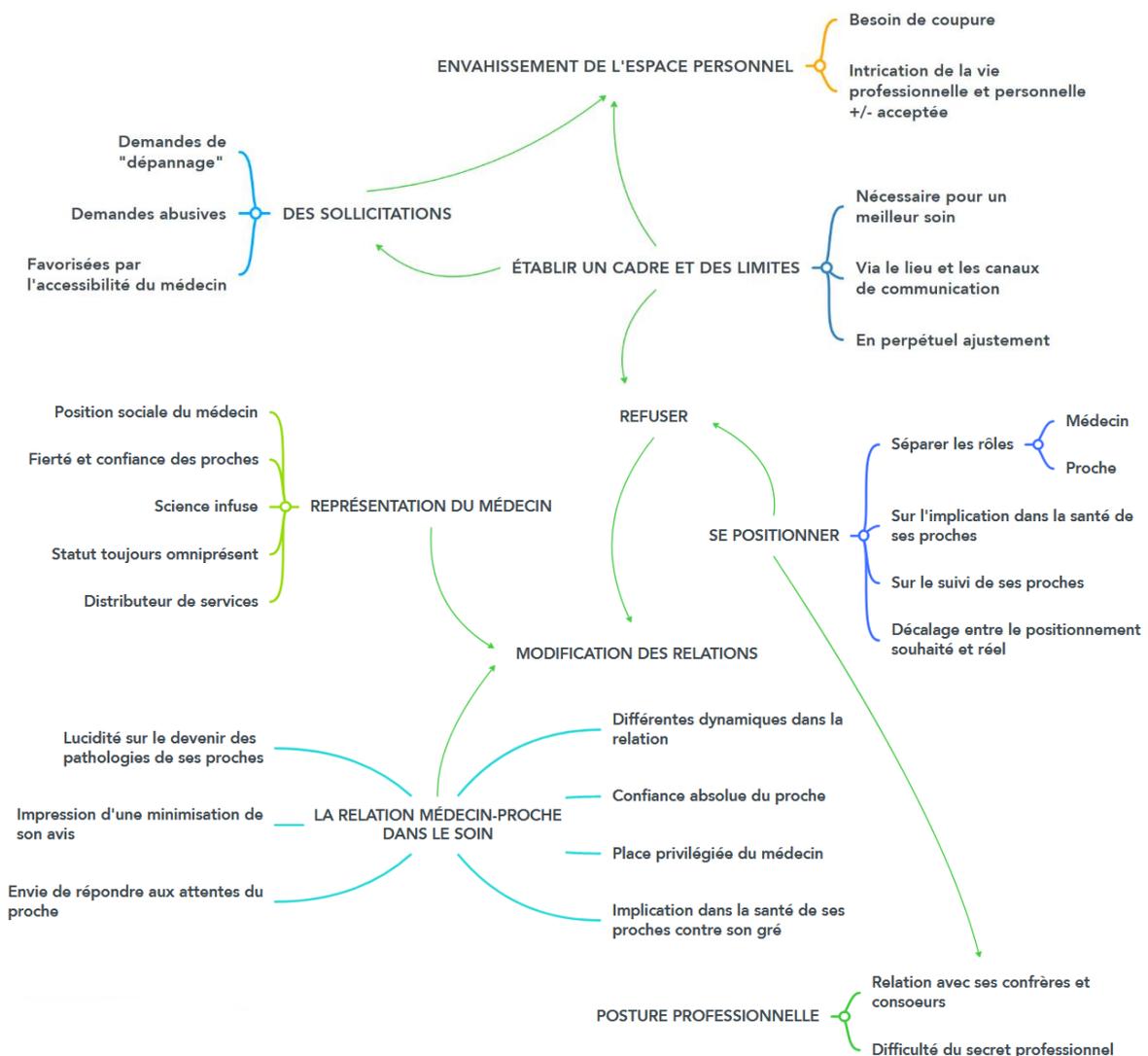
Suite à un événement grave de santé, l'un des médecins décrivait une majoration de la communication et du partage des émotions avec ses proches : « *On peut toujours en tirer quelque chose de bien* ». (MG4) Ceci lui avait également permis de s'ouvrir davantage sur des émotions vécues dans le cadre du travail et ainsi de trouver plus de soutien de la part de ses proches.

Enfin, en milieu rural, de nombreux patients devenaient proches avec le temps. L'un des médecins restait méfiant vis-à-vis de certaines connaissances pouvant rechercher une

proximité pour obtenir des bénéfices secondaires : « Ce n'est pas des amis, mais on sent qu'ils ont une proximité avec moi. Après, il y a toujours quand même la question de savoir s'il n'y a pas une recherche de bénéfices secondaires. Si c'est des patients qui sont proches avec toi, qu'ils n'espèrent pas [que] le jour où ils auront besoin de toi, que tu sois répondant plus rapidement. » (MG10)

V. Discussion

A. Résultats principaux



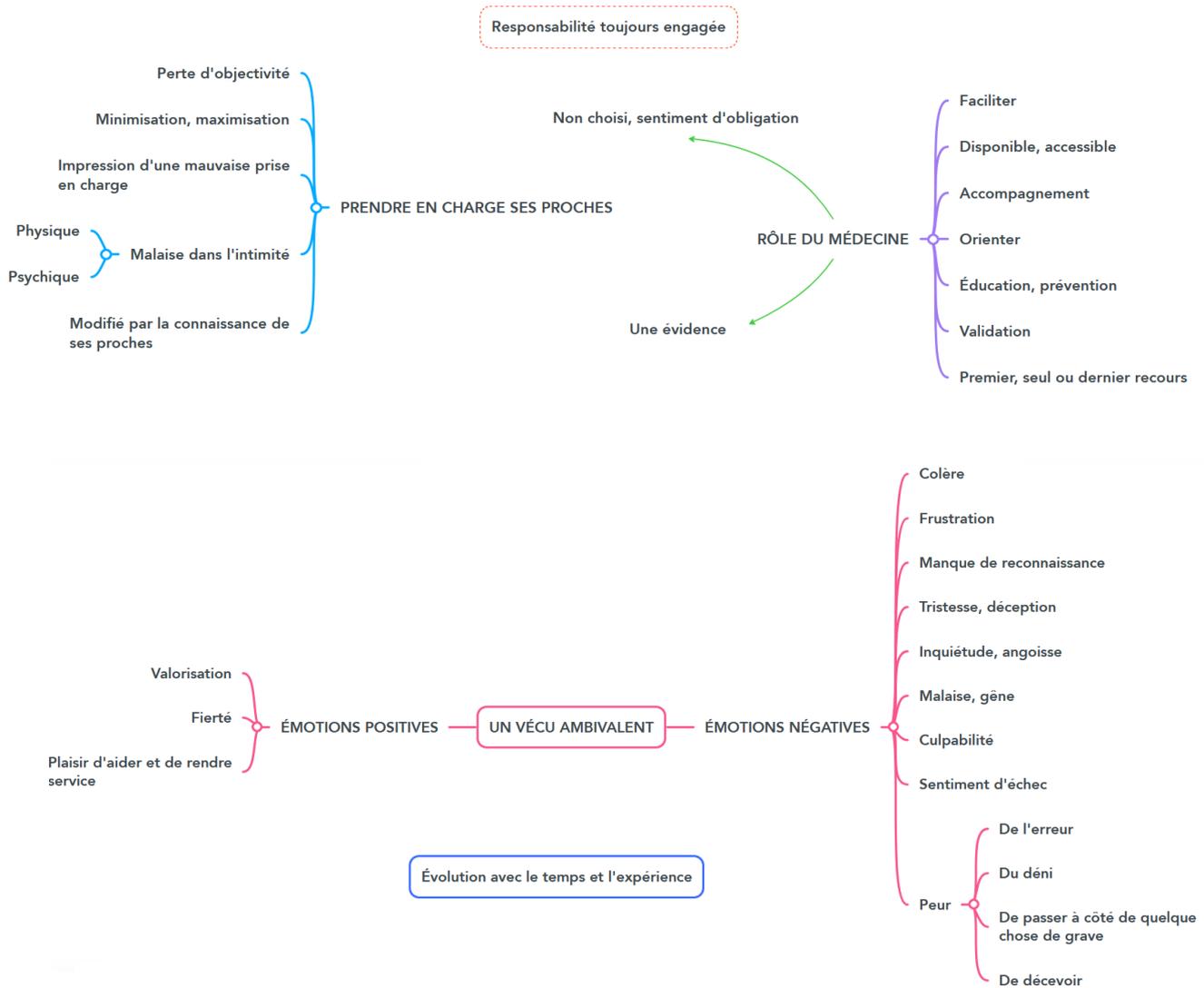


Figure 1. Modèle explicatif : Le vécu et le positionnement du médecin généraliste dans la relation de soin avec ses proches

Les émotions ressenties dans le cadre du soin à ses proches étaient ambivalentes et exacerbées comparées à la prise en charge d'un patient lambda.

Les émotions négatives étaient souvent placées au premier plan, parfois même devant le plaisir de rendre service à son proche : « *quand c'est des petits problèmes, ça me saoule. Et quand bien même je réponds, je rassure la personne, bah ça me saoule plus que ça me rend contente d'avoir aidé. Vraiment. [...] et quand c'est grave bah ça m'inquiète ! [...] Ouais c'est plutôt du négatif.* » (MG14)

En effet, nous pouvons constater la prédominance des émotions négatives sur le

modèle explicatif présenté ci-dessus. (Fig.1) « *Entre la colère, l'irritation, la préoccupation. Et puis ouais, l'inquiétude surtout.* » (MG13)

Les médecins s'exprimaient peu sur les émotions en lien avec le soin de leur proche au quotidien et il existait peu d'espace d'écoute dans leur entourage : « *À quel moment on est écoutés nous ? Quand est ce qu'on nous demande [...] comment on va nous ? Jamais.* » (MG12)

Pour trois des médecins interrogés, l'entretien dans le cadre de cette étude était vécu comme une « *psychothérapie personnelle* » (MG5), comme un moment dédié à l'expression de ses émotions : « *j'ai bien fait ma thérapie ! J'aurais dû m'allonger je pense, ça m'aurait fait du bien.* » (MG12)

La relation médecin-proche dans le soin, centrale à notre problématique, s'est avérée complexe : « *Parce qu'il y a autre chose, qu'une relation de soins. Il y a une relation émotionnelle avant et que du coup, ça va m'affecter aussi.* » (MG4)

Elle pouvait prendre différentes formes et était fondée sur une confiance absolue du proche qui menait le médecin à une place privilégiée. Ceci contrastait avec l'impression d'une minimisation de ses conseils par le proche. Le médecin se questionnait quant à son degré d'implication dans la santé de ses proches. Il disposait d'une certaine lucidité quant au devenir de leur pathologie, suscitant une préoccupation constante et de l'angoisse.

La représentation du médecin était celle d'un médecin ayant la connaissance innée, alors difficile à assumer pour celui-ci. Il occupait une position sociale importante, inspirant confiance et fierté chez ses proches. Le statut de médecin pouvait devenir indissociable de sa personne, alors vécu comme pesant par celui-ci.

Le risque de modification des relations était présent lors du soin à ses proches. Il pouvait aussi exister de par la représentation que les proches avaient du médecin.

Le positionnement du médecin dans le soin de ses proches était difficile, avec d'une part le besoin de scinder les rôles et d'être le proche en premier lieu, et d'autre part l'envie de rendre service. Il pouvait alors exister un décalage entre le positionnement souhaité par le médecin et le positionnement réellement effectif.

L'établissement d'un cadre et de limites était difficile mais nécessaire afin d'assurer un soin de meilleure qualité. Il permettait de protéger le médecin de l'envahissement constant de son espace personnel et de faire face aux nombreuses sollicitations et demandes abusives.

La majorité des médecins ressentait un besoin vital de coupure, d'autres au contraire acceptaient et prenaient plaisir à l'intrication de leur vie personnelle et professionnelle.

Le refus était une composante centrale dans le positionnement et l'établissement de limites. Il pouvait cependant causer des modifications de relations et restait donc difficile à réaliser.

Le médecin se sentait souvent obligé de tenir le rôle de médecin pour ses proches, notamment dans un contexte actuel de difficulté d'accès aux soins. Certains décrivaient l'impression d'être piégés dans cette relation : « *c'est un piège.* » (MG5) À l'inverse, dans de rares cas, soigner ses proches était une évidence.

L'impression d'une mauvaise prise en charge était prédominante avec notamment une perte d'objectivité, un risque de minimisation ou maximisation, un malaise dans l'intimité et une prise en charge pouvant être modifiée par la connaissance du proche.

Le médecin avait le sentiment d'une responsabilité toujours engagée.

Enfin, il est intéressant de noter que la majorité des problématiques abordées semblaient évoluer avec le temps et l'expérience.

Le cadre, les limites, la capacité à refuser et le positionnement du médecin étaient modulables et en perpétuel ajustement.

De plus, le vécu était aussi amené à évoluer. En effet, en début d'exercice, un manque de confiance en ses compétences pouvait engendrer un malaise et un syndrome de l'imposteur. Le plaisir et la flatterie ressenties face à une demande de soin d'un proche étaient donc plus importantes : « *il y a eu une euphorie [...] du début* ». (MG12) Il en était de même pour les sentiments de validation et de valorisation : « *Au début t'es hyper valorisée* ». (MG13)

Ces émotions s'estompaient cependant avec l'expérience et l'acquisition de confiance, le besoin d'être valorisé par son travail était alors moins important : « *il y a des moments où ça peut te valoriser, c'est sûr [...] Je pense que c'est peut-être plus quand t'es plus jeune. Quand t'es plus vieille t'en as peut-être moins besoin.* » (MG12)

Pour l'un des médecins interrogés, l'expérience était associée à une diminution de la charge mentale et de la responsabilité ressentie dans le soin de ses proches : « *Et du coup, je me suis assoupli et je pense que ça [ne] représente pas une charge mentale [...] je me suis aussi un peu allégé avec le temps sur ces histoires de certificats.* » (MG10)

B. Comparaison à la littérature

Dans notre étude, les médecins généralistes étaient sollicités par leurs proches pour des demandes d'ordre médical de manière fréquente, voire pour certains de manière quotidienne. Cela est cohérent avec ce que nous avons pu retrouver dans la littérature : 99,4% des 154 médecins interrogés dans l'étude d'Oudot déclaraient avoir déjà été confrontés à une demande de soin émanant de leurs proches et 72,1% précisait que cela arrivait « souvent ».

(2)

Il était difficile pour les médecins de se positionner face à une demande de soins de leur proche, mais qu'en est-il des recommandations ?

Il n'existe à ce jour aucune recommandation claire dans le code de déontologie (4) français ou dans la charte d'éthique médicale européenne (9) permettant de guider les médecins dans le soin de leurs proches. L'article 7 du code de déontologie réactualisé en 2021 stipule que « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient [...] les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.* » (4) Les sentiments éprouvés sont cependant le cœur même de la problématique du soin à ces proches. En effet, notre étude suggérait que l'importance de l'affect dans la relation médecin-proche ne permettait pas de soigner ses proches de manière adaptée.

Il est intéressant de noter que dans une version plus ancienne du code de déontologie, datant de 2014 et supprimée en 2017, il existait une mention mettant en garde les médecins vis-à-vis du soin à leurs proches : « *Le médecin va soigner un ami, un proche ou une personnalité avec une attention renforcée, des précautions supplémentaires, qui peuvent être aussi bien bénéfiques que nuisibles. L'objectivité nécessaire à l'action du médecin s'accommode mal de sentiments subjectifs.* » (10) Ceci reflète bien la méfiance et l'hypervigilance ayant pu être ressenties dans le soin à ses proches par certains participants de notre étude, en lien notamment avec une crainte de l'erreur et de la perte d'objectivité.

Le serment d'Hippocrate, auquel tout médecin s'engage, stipule que : « *Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera [...] Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.* » (3) Ceci illustre toute la complexité du soin à

ses proches, tel que décrit dans notre étude. Les médecins souhaitaient soigner leurs proches de manière optimale mais ne possédaient pas l'objectivité nécessaire pour y parvenir. En effet, les émotions dans la relation avec son proche éloignaient le médecin de cette indépendance indispensable pour le soigner de manière adaptée. Certains médecins étaient tiraillés entre le fait de vouloir rendre service et le risque de faire de la médecine de moins bonne qualité et plus à risque d'erreur.

Contrairement à la France, les codes d'éthique et de déontologie d'autres pays tels que les Etats Unis (11), le Canada (12) ou l'Australie (13), déconseillent clairement de soigner ses proches, hors cas d'urgence.

L'American Medical Association (AMA) aux Etats-Unis par exemple, justifie cela par la perte d'objectivité, le manque d'éléments dans l'interrogatoire, ainsi qu'une difficulté à maintenir une posture professionnelle avec ses proches. Elle explique que « *l'anxiété générée par la maladie de ses proches risque d'obscurcir son jugement et de produire de la timidité et de l'irrésolution dans sa pratique.* » (11)

Notre thèse portait sur le vécu et le positionnement du médecin généraliste dans la relation de soin avec son proche. Le choix méthodologique d'une approche phénoménologique nous a permis d'explorer en profondeur le vécu et les émotions du médecin dans cette relation. Les émotions négatives étaient le plus souvent placées au premier plan. Dans une étude menée en 2019 chez 173 internes en médecine générale, 92% déclaraient être en difficulté, et ce, particulièrement face à une perte d'objectivité et la peur de la découverte d'une pathologie grave. Dans une autre étude, seulement 11% des médecins étaient satisfaits suite à un soin prodigué à un proche et quasiment la moitié disaient ressentir de l'inconfort (7). Cela diffère des résultats d'une thèse publiée en 2021 dans *Exercer* où les médecins étaient globalement satisfaits de leur prise en charge et souhaitaient poursuivre cette relation de soin. (8)

Le rôle du médecin donnait des avantages à son proche, le confortant dans la poursuite du soin de celui-ci. Dans son étude, Amran décrivait que pour 81% des médecins, le principal avantage pour le proche était l'accessibilité et la disponibilité du médecin (7). En effet, dans notre étude le médecin était disponible et facilitait le parcours de soin de ses proches, tout en

les accompagnant. Il avait également un rôle dans la prévention et l'éducation de ceux-ci, contrairement à l'étude de Schrotzenberger où le médecin se permettait moins de critique sur l'hygiène de vie de son proche, considérant qu'il était le seul acteur de sa santé. (8)

Dans l'étude de La Puma, il existait un avantage à prendre en charge des pathologies bénignes qui étaient faciles à gérer pour le médecin proche et qui étaient perçues comme trop banales pour déranger un médecin extérieur. (14)

Dans notre étude, un frein majeur à prendre en charge ses proches était la perte d'objectivité ressentie par le médecin, due à l'affect trop important, ce qui était également présent dans d'autres études (7)(8)(15) Le risque était de ne pas avoir une prise en charge optimale : interrogatoire et examen clinique incomplets, retard diagnostique (15). De plus, la consultation informelle manquait d'éléments (antécédents, traitements) pour décider d'une prise en charge adaptée (6)(7)(15). Contrairement à notre étude où la plupart des médecins interrogés avaient l'impression que leur avis était minimisé, deux thèses récentes (8)(15) observaient que la connaissance du proche était bénéfique avec notamment plus d'observance chez le proche et une meilleure détection des complications. Comme identifiée dans notre travail, la connaissance du proche pouvait cependant avoir l'avantage d'adapter ses propos et sa prise en charge. (15)

La plupart des médecins interrogés dans notre thèse et dans d'autres études (8)(15)(16) ne prenait pas en charge leurs proches sur les versants urologiques, gynécologiques ou psychologiques car cela était vécu comme gênant de s'immiscer dans l'intimité de son proche. Dans notre étude cependant, certains médecins acceptaient de le faire dans un cadre adéquat si cela rentrait dans leur domaine de compétence et était alors mieux vécu.

Le positionnement du médecin vis-à-vis de la santé de ses proches et de son implication dans celle-ci était ambivalent. Nous percevions une volonté de s'intéresser à la santé de ses proches sans vouloir intervenir dans la prise en charge. En effet, il existait pour certains un parallèle entre l'intérêt que le médecin portait à son proche et celui qu'il portait à sa santé, celui-ci étant perçu comme une évidence bienveillante. « *Oui ça implique, ça implique, mais en fait je pense que c'est important d'être impliquée, en tout cas moi pour mes*

proches. Mettre une barrière complètement, je pense que ça m'enverrait un certain malaise [...] Parce que finalement ça m'intéresse. Dans le sens où je me soucie d'eux, donc je suis intéressée. » (MG4) Dans l'étude de Makovec, au-delà de ne pas s'impliquer, certains préféraient ne pas s'informer sur la santé de leur proche. (15)

Tel que décrit dans notre étude, le médecin pouvait être confronté à l'éventualité d'un diagnostic grave. La préoccupation constante de ce diagnostic et le fait de taire cette information à ses proches étaient source de stress et de mal-être chez le médecin. Comme l'évoque également Schrotzenberger dans son travail de thèse, ceci pouvait représenter un frein voire une raison pour refuser de prendre en charge ses proches. (8)

Dans notre étude, les médecins reconnaissaient la complexité émotionnelle d'avoir à la fois la posture du professionnel et celle du proche et ressentaient un besoin de séparer ces rôles. Ils accordaient plus d'importance à leur posture de proche. Ceci était également retrouvé dans d'autres études telles que celle de Makovec (15) ou celle de Schrotzenberger (8).

Comme retrouvé dans notre étude, la nécessité de se positionner en établissant un cadre pour prendre en charge ses proches était univoque (8)(15)(16).

Cela passait notamment par le lieu du cabinet, alors perçu comme sécurisant et permettant de garder la distance nécessaire et objective à la prise en charge de son proche. Certains médecins dans l'étude de Schrotzenberger (8) préconisaient en plus de tenir un dossier médical et de recevoir ses proches en consultation uniquement sur rendez-vous, afin de prendre en charge son proche comme un patient lambda.

Les sollicitations étaient nombreuses en dehors du cabinet et passaient souvent par des canaux de communication privés. Dans l'étude d'Oudot, c'était également le cas avec 72,1% des demandes qui passaient par voie dématérialisée. (2) Amran précisait que les demandes se faisaient notamment par téléphone, mail, *WhatsApp*, ou *Messenger* (7).

Le refus catégorique semblait impossible pour la majorité des médecins, notamment par peur d'éventuelles conséquences sur la relation avec leurs proches. Ceci était cohérent avec les résultats de l'étude d'Oudot qui montraient que seulement 8.4% des médecins

interrogés étaient capables de refuser catégoriquement une demande de soin de leurs proches. (7)

L'une des principales causes de refus pour Mücke était liée à une demande de prise en charge en dehors de son domaine de compétence (6). Pour La Puma, celle-ci était liée au manque d'éléments pour une prise en charge adaptée. (14) Notre étude retrouvait ces éléments et en plus constatait que les médecins refusaient les demandes trop complexes ou non urgentes ainsi que toute demande engageant leur responsabilité de manière trop importante.

Le travail d'Oudot constatait que 40 % des médecins estimaient que leur réponse avait pu être à l'origine d'un conflit avec le proche concerné. (2) Il était de ce fait important d'expliquer au proche les raisons du refus, ceci permettait souvent une éducation de celui-ci sur la valeur du soin, et évitait des répercussions sur le lien affectif.

Avec l'expérience et l'acquisition de confiance avec le temps, les médecins ressentait moins le besoin de rechercher la valorisation de leur exercice par la reconnaissance de leurs proches, et il semblait alors plus facile de refuser. Ceci était décrit par Makovec (15) qui retrouvait une augmentation statistiquement significative du refus d'intervenir chez les internes plus avancés dans leur parcours. Schrotzenberger (8) suggérait également que plus le médecin était âgé, plus celui-ci avait de l'expérience lui permettant de refuser et ainsi d'argumenter son refus.

Le médecin discernait parfois la recherche de bénéfices secondaires venant d'un proche-ami, ce qui pouvait engager leur amitié. Ceci était également décrit par Schrotzenberger dans son étude. (8) Une méfiance de la part du médecin pouvait alors s'installer lors de l'établissement de nouvelles relations contrairement aux relations plus anciennes tenant à autre chose que la recherche de bénéfices secondaires. Ceci était décrit dans le travail de Leduc qui abordait le sujet des patients devenus proches. Elle suggérait que l'amitié médecin-malade pouvait être vécue comme un moyen pour le patient de soutirer des avantages au médecin. (17)

Dans la relation de soin, le médecin percevait la confiance absolue du proche en ses compétences médicales, également décrite par Mücke (6). Cela engendrait un sentiment

d'obligation de réussite dans la prise en charge de ses proches ainsi qu'une peur de les décevoir, également ressenties par les internes interrogés par Makovec. (15)

Pour conclure, il existait une importante discordance entre le vécu exprimé par les médecins et leur positionnement effectif. Malgré un soin à leurs proches vécus comme négatif dans l'ensemble, les médecins éprouvaient des difficultés à refuser et à établir des limites.

Amran (7) exposait aussi que deux tiers des médecins interrogés auraient souhaité avoir des conduites à tenir concernant le positionnement à adopter dans le soin de leurs proches.

Dans la littérature, nous pouvons retrouver des recommandations établies sur ce sujet. La Puma (18) a rédigé sept questions à se poser face à une demande de soins venant d'un membre de la famille, permettant d'évaluer sa capacité à y répondre :

- « 1. Suis-je formé pour gérer la demande de soins de mon proche ?
2. Suis-je trop proche pour l'interroger sur son histoire personnelle et état physique, et pour être porteur de mauvaises nouvelles le cas échéant ?
3. Puis-je être suffisamment objectif pour ne pas dispenser trop ou pas assez de soins ou de façon inappropriée ?
4. Est-ce que mon implication médicale est susceptible de provoquer ou d'intensifier des conflits familiaux ?
5. Mes proches seront-ils plus compliants si les soins sont prodigués par un médecin indépendant ?
6. Vais-je autoriser le médecin à qui j'adresse mes proches à s'occuper d'eux ?
7. Suis-je prêt à rendre des comptes à mes pairs et à la société pour cette prise en charge ? »

Eastwood (19) quant à lui, a publié cinq recommandations à suivre lorsqu'un médecin accepte de soigner son proche :

- « 1. Être clair sur les attentes de chacun
2. Garder la même expertise et le même jugement, consigner le dossier médical
3. Choisir le lieu de la consultation. Le règlement de la consultation rend la consultation légale
4. Respecter la confidentialité
5. Être conscient du risque de conflit entre jugement professionnel et émotionnel »

Enfin, dans son travail de thèse, Schrotzenberger (8) a également suggéré différents points de conduite à tenir, semblables aux recommandations d'Eastwood.

C. Forces et Limites

1. Forces

L'une des principales forces de notre étude est son originalité par son approche phénoménologique. Le choix de cette méthode est pertinent, car celle-ci permet d'explorer la manière dont une même expérience a été vécue par différents individus, ce qui était l'objectif central de notre étude.

L'échantillonnage homogène a été réalisé en cherchant à faire varier des critères de diversité (l'âge, le sexe, l'ancienneté et le milieu d'exercice) permettant ainsi d'interroger des profils variés de médecins.

De plus, le nombre d'entretiens est élevé pour une étude qualitative en analyse interprétative phénoménologique. Les nombreuses heures d'entretiens réalisées avec un total de 9 heures et 38 minutes, constituent un matériel d'étude riche et conséquent. Il permet d'explorer de manière exhaustive le vécu et la représentation des médecins généralistes.

Une partie de l'échantillon est constituée de médecins connus antérieurement à l'étude. Ce lien existant au préalable a pu mettre le médecin en confiance lors de l'entretien. Il a alors pu s'ouvrir plus librement sur l'intimité de son vécu et de ses expériences.

Ayant déjà été confrontées aux problématiques de l'étude en tant qu'internes de médecine générale, notre expérience propre a été bénéfique dans l'élaboration du guide d'entretien. Ceci nous a également permis d'aborder les entretiens avec plus d'aisance et ainsi faciliter l'écoute nécessaire en phénoménologie.

Le guide d'entretien était constitué de questions ouvertes afin de favoriser la spontanéité et l'originalité des réponses. La connaissance du guide d'entretien s'est améliorée avec notre expérience. L'ordre des questions n'était pas forcément suivi permettant de maintenir une fluidité dans l'entretien et de suivre le sens de la discussion.

Le guide d'entretien a également été évolutif. Il a été testé au préalable avec deux proches médecins afin de nous assurer de sa qualité et d'améliorer notre aisance lors de la conduite de l'entretien. De plus, des modifications ont été apportées au fur et à mesure des entretiens afin qu'il soit plus adapté et mieux compris des participants.

A la fin de chaque entretien, il était systématiquement demandé au participant s'il existait des points non abordés au cours de l'entretien dont il souhaitait discuter, nous permettant d'être plus exhaustives sur le recueil de données. S'en suivait souvent une discussion sur le vécu de l'entretien ainsi que sur d'éventuelles remarques sur son déroulement.

Le choix du lieu de l'entretien a été laissé aux participants. Ceci a permis de réaliser les entretiens dans des lieux adaptés pour les médecins, où ils se sentaient en confiance et étaient donc plus à même de se livrer sur leurs émotions et leur intimité.

La retranscription des entretiens a été réalisée mot par mot sans aucune exception, avec l'annotation de tout silence, rire ou de toute gestuelle observée. Afin que la retranscription puisse être la plus juste possible, celle-ci a été réalisée dans les plus brefs délais suite à l'enregistrement.

Enfin, la triangulation représente une véritable force de l'étude. Elle a concerné successivement les trois étapes de l'analyse (ouverte, axiale et intégrative), et a permis de confronter nos deux interprétations et ainsi enrichir la réflexion et l'analyse.

2. Limites

Une des faiblesses de notre étude est la population recrutée. Initialement, nous avons souhaité réaliser un recrutement via le Conseil De L'ordre des Médecins (CDOM) de Haute

Savoie. Cependant, une difficulté logistique inhérente au CDOM et non résolvable n'a pas permis d'effectuer le recrutement prévu. Nous avons alors dû modifier notre mode de recrutement par convenance et effet boule de neige.

L'une des personnes contactées pour la réalisation des entretiens a refusé de participer, le sujet étant trop intrusif et personnel. Trois autres personnes n'ont pas répondu au recrutement. Nous pourrions donc imaginer une perte d'information en lien avec des données trop sensibles et donc difficiles à aborder dans le cadre d'une étude.

Une partie des participants sont des connaissances antérieures à l'étude : des maîtres de stage, des collègues, des connaissances voire des tuteurs de la faculté. Nous connaître en dehors de l'étude a pu participer à une retenue d'informations de la part de l'interrogé lors de l'entretien ou parfois créer un effet halo¹³.

Lors des entretiens, la présence de moyens enregistrant les propos du médecin afin de les retranscrire, pouvait limiter celui-ci dans sa libre expression et ainsi créer une autocensure.

Pour l'un des entretiens, une personne ne participant pas à l'étude et connue du participant était présente lors de l'entretien. Elle a pu limiter la délivrance d'informations de ce dernier.

Malgré la lecture de méthodologies existantes, nous sommes novices en recherche qualitative. Nos récentes compétences en la matière ont pu jouer sur la qualité du recueil des informations ou de l'analyse des données. De plus, nous étions internes de médecine générale lors de la réalisation de l'étude, ce pourquoi nous n'étions pas entièrement dédiées à celle-ci.

Malgré notre volonté de rester impartiales et de poser uniquement des questions ouvertes, notre propre subjectivité a pu influencer notre manière de formuler les questions ainsi que notre conduite lors de l'entretien. Nous avons alors pu orienter d'une certaine façon les réponses des participants.

¹³ Effet halo : biais cognitif qui affecte la perception des gens. C'est une interprétation et une perception sélective d'informations allant dans le sens d'une première impression que l'on cherche à confirmer. (21)

Concernant la méthodologie, nous n'avons pas demandé aux participants des retours et des corrections éventuelles sur la retranscription effectuée de leur entretien. Une déformation des propos des participants a pu être occasionnée.

Nous n'avons pas non plus réalisé de journal de bord ce qui a pu contribuer à une perte d'information.

Pour finir, la durée des entretiens est très variée avec une moyenne d'environ 32 minutes, dont un entretien très court qui a duré 16 minutes. A noter, que la durée et la qualité de certains entretiens ont pu être influencées par une limite de temps. En effet, certains ont été réalisés lors d'une pause sur une journée de consultation avec le stress de reprendre les consultations ensuite et la peur d'être en retard. Cela a pu restreindre le participant dans le développement de sa pensée et dans l'évocation de ses propos sur le sujet.

D. Perspectives

Aujourd'hui, les demandes de soins qui émanent des proches sont nombreuses et répétées et constituent une problématique touchant la quasi-totalité des médecins.

Notre travail constitue un élément de réflexion pour les médecins généralistes en leur permettant de se questionner sur leur vécu ainsi que sur leur positionnement dans le soin de leurs proches.

Les émotions prennent une part importante pour le médecin dans sa relation de soin avec son proche. Notre étude suggère qu'un espace d'écoute serait essentiel pour les médecins concernés.

Nous pourrions imaginer qu'un temps d'échange entre pairs ou encore que des groupes de type "Balint" autour de cette problématique puissent être organisés.

De plus, il pourrait être intéressant que ces échanges débutent dès l'enseignement universitaire au moment où les médecins en formation commencent à recevoir des demandes de soins de leurs proches. Cela permettrait de sensibiliser les étudiants en médecine et les aider à se questionner sur ce sujet complexe.

Par ailleurs, il existe un manque de recommandations émanant des réflexions éthiques et du code de déontologie. La communication d'un guide permettant de questionner et d'accompagner les médecins généralistes dans le soin de leurs proches semble essentielle.

Notre étude a exploré le vécu et le positionnement du médecin dans la relation de soin avec ses proches par une approche phénoménologique. Il pourrait également être intéressant d'explorer le vécu ainsi que les attentes exprimées par le proche dans cette relation complexe dans le soin, au travers de cette même méthode.

Nous pourrions aussi imaginer une étude portant sur le vécu et le positionnement du médecin lorsque celui-ci est à la place du patient.

Enfin, l'éventualité d'un diagnostic grave chez son proche ainsi que la lucidité sur le devenir de sa pathologie étaient associées à un vécu très négatif chez le médecin. Il pourrait être intéressant de réaliser une étude sur cette problématique.

VI. Conclusion

Il existe une importante discordance entre le vécu du médecin verbalisé dans les entretiens et son positionnement effectif concernant l'acceptation de demandes de soins, ainsi que son implication dans la santé de ses proches.

Malgré la satisfaction assez souvent ressentie et décrite par le médecin lors de services médicaux rendus à ses proches, son vécu est dans l'ensemble plutôt négatif et révèle une ambivalence notoire.

La confiance absolue que lui porte son proche valorise son statut de médecin, mais peut engendrer un sentiment d'illégitimité ainsi qu'une peur de ne pas être à la hauteur.

Nombreuses sont les mises en garde sur le fait qu'il ne faudrait pas soigner ses proches, la prise en charge ne semblant pas optimale. De plus, il existe un risque de modification de la relation affective entre le médecin et son proche au travers du soin.

Son positionnement vis-à-vis du soin à ses proches est d'autant plus difficile que la démographie médicale actuelle crée un sentiment d'obligation de soin, et contraint ainsi le médecin à rester disponible pour ses proches.

Le vécu et l'attitude du médecin vis-à-vis du soin à ses proches, ainsi que la relation médecin-proche dans son ensemble peuvent évoluer avec le temps et l'expérience.

La complexité à se positionner dans sa relation de soin avec son proche ne proviendrait-elle pas finalement du fait que le médecin est un individu doté d'émotions, de valeurs, de doutes et de contradictions, avant d'être un professionnel de santé ? Chaque médecin ainsi que chacun de ses proches sont uniques et pourvus d'une personnalité qui leur est propre, leur relation étant alors singulière et intersubjective.

La mise en place d'un guide pour accompagner les médecins dans leur relation de soin avec leurs proches pourrait être une première piste pour les aider à se positionner.

Cependant, le besoin immédiat exprimé par les médecins semble être un espace d'écoute et d'échange sur cette relation avec leurs proches, qui s'avère complexe et source de nombreuses émotions.

THÈSE SOUTENUE PAR : Charlotte PRINCÉ et Margaux MERLE

TITRE :

LE VÉCU ET LE POSITIONNEMENT DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA RELATION DE SOIN AVEC SES PROCHES

CONCLUSION :

L'objectif de cette étude était de questionner le vécu et le positionnement du médecin généraliste dans sa relation de soin avec ses proches.

Nous avons réalisé une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative. Nous avons recruté des médecins généralistes diplômés, exerçant en Isère ou en Haute Savoie, par convenance et par effet boule de neige. Au total dix-huit entretiens semi-dirigés en présentiel ont été réalisés et intégralement retranscrits. L'ensemble de l'analyse a bénéficié d'une triangulation des données.

Nous avons observé une importante discordance entre le vécu du médecin verbalisé dans les entretiens et son positionnement effectif concernant l'acceptation de demandes de soins, ainsi que son implication dans la santé de ses proches.

Malgré la satisfaction assez souvent ressentie et décrite par le médecin lors de services médicaux rendus à ses proches, son vécu est dans l'ensemble plutôt négatif et révèle une ambivalence notoire. La confiance absolue que lui porte son proche valorise son statut de médecin, mais peut engendrer un sentiment d'illégitimité ainsi qu'une peur de ne pas être à la hauteur. Nombreuses sont les mises en garde sur le fait qu'il ne faudrait pas soigner ses proches, la prise en charge ne semblant pas optimale. De plus, il existe un risque de modification de la relation affective entre le médecin et son proche au travers du soin. Son positionnement vis-à-vis du soin à ses proches est d'autant plus difficile que la démographie médicale actuelle crée un sentiment d'obligation de soin, et contraint ainsi le médecin à rester disponible pour ses proches. Le vécu et l'attitude du médecin vis-à-vis du soin à ses proches, ainsi que la relation médecin-proche dans son ensemble peuvent évoluer avec le temps et l'expérience.

La mise en place d'un éventuel guide pour accompagner les médecins dans leur relation de soin avec leurs proches pourrait être une première piste pour les aider à se positionner. Cependant, le besoin immédiat exprimé par les médecins semble être un espace d'écoute et d'échange sur cette relation avec leurs proches, qui s'avère complexe et source de nombreuses émotions.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le :

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE


Pr Olivier PALOMBI
Doyen de l'UFR de Médecine

Pr Olivier PALOMBI

LE PRÉSIDENT / ~~LA PRÉSIDENTE~~ DU JURY



Pr Patrick IMBERT

VII. Bibliographie

1. Je sais que t'aimes pas donner des conseils médicaux | Juste après dresseuse d'ours [Internet]. Disponible sur: <http://www.jaddo.fr/?s=je+sais+que+t%27aimes+pas+donner+des+conseils+m%C3%A9dicaux>
2. Oudot H. Soigner ses proches en tant que médecin généraliste : étude quantitative auprès de médecins généralistes en Ile de France. [Thèse d'exercice] Créteil; 2022.
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019. France : Le serment d'Hippocrate. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
4. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. France : Le code de déontologie. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie>
5. Debeaulieu Mietka A. Le médecin peut-il soigner ses proches ? Revue de la littérature à ce sujet. [Thèse d'exercice] 2019.
6. Mücke NA, Schmidt A, Kersting C, Kalitzkus V, Pentzek M, Wilm S, Mortsiefer A. General practitioners treating their own family members: a cross-sectional survey in Germany. BMC Prim Care. 2022 Feb 3;23(1):23. doi: 10.1186/s12875-022-01631-z.
7. Amran MM, Kopit AB, Kranc HA, Peleg R. The prevalence, reasons and attitudes for the practice of informal medicine. BMC Fam Pract. 2021 Feb 3;22(1):30. doi: 10.1186/s12875-020-01362-z. PMID: 33535980; PMCID: PMC7860190.
8. Schrotzenberger C. , Méchin M., Grayel-Perret S. et Bally J. Soigner ses proches, est-ce bien raisonnable? Les enjeux relationnels selon les deux protagonistes. [Thèse d'exercice]. Saint-Etienne; 2021.
9. Conseil Européen de l'Ordre des Médecins. Charte d'Éthique Médicale Européenne [Internet]. Disponible sur: https://www.ceom-ecmo.eu/sites/default/files/documents/fr-charte_europeenne_dethique_medicale-adoptee_a_kos_0.pdf
10. France : Article R4127-7 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912868

11. Code of Medical Ethics of the American Medical Association. Chicago: American Medical Association Press, 1847.22. The AMA Code of Medical Ethics' opinion on physicians treating family members. *Virtual Mentor*. 2012;14:396–7.
12. Canada: CMA Code of Ethics and Professionalism [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://policybase.cma.ca/link/policy13937>
13. Australia: New Code of Ethics for doctors [Internet]. Australian Medical Association. 2017. Disponible sur: <https://www.ama.com.au/media/new-code-ethics-doctors>
14. 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*. 1991 Oct 31;325(18):1290-4. doi: 10.1056/NEJM199110313251806. PMID: 19222
15. Makovec T, Galam É. Positionnement des internes de médecine générale face aux problèmes de santé de leurs proches. *Médecine*. 1 févr 2019;15(2):72-9.
16. Peltz-Aim J. et Galam E. Comment les médecins se positionnent-ils vis-à-vis des maladies de leurs proches? Une étude qualitative. 2012. *Exercer* 2013;109:212-3.
17. Leduc C. Vécu des médecins généralistes installés lorsque se crée une amitié dans la relation de soins : étude qualitative dans les Hauts-de-France. [Thèse d'exercice] Lille; 2022.
18. La Puma J, Priest E. Is there a doctor in the house?: An analysis of the practice of physicians' treating their own families. *JAMA*. 1 avr 1992;267(13):1810-2.
19. Eastwood, G. L. (2009). When relatives and friends ask physicians for medical advice: ethical, legal, and practical considerations. *Journal of general internal medicine*, 24(12), 1333-1335.
20. La grille communale de densité | Insee [Internet]. 1 jan 2023. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/6439600>
21. Roedelein, Jon. E, Elsevier's Dictionary of Psychological Theories., Elsevier Science & Technology, 2006.
22. La langue française [Internet]. Définition de babos | Dictionnaire français. Disponible sur: <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/babos>

VIII. Annexes

A. Engagement de conformité à la CNIL (MR-004)



Engagement de conformité à une méthodologie de référence CNIL

pour un traitement mis en œuvre dans le cadre d'une thèse de médecine générale

(document à communiquer obligatoirement au DPO avec le dossier à instruire)

1. Informations sur le déclarant

Responsable de traitement **Université Grenoble Alpes (UGA)**
Délégué à la protection des données (DPO) **DPO@univ-grenoble-alpes.fr**
Unité responsable de la mise en œuvre **UFR de médecine**
Département de médecine générale (DMG)
Pôle santé, domaine de la Merci, place du Commandant Nal, 38700 La Tronche
doyen.medecine@univ-grenoble-alpes.fr
Référént métier au DMG **Dr Yoann Gaboreau**
yoann.gaboreau@univ-grenoble-alpes.fr

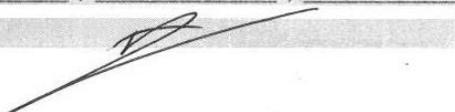
2. Information sur le traitement mis en œuvre pour la thèse

Finalité (titre court) : _____
Investigateur.trice principal.e (thésard.e) : _____
Le traitement entre-t-il dans le cadre d'une méthodologie de référence ? (1 choix)
 MR-003 *Recherches impliquant la personne humaine dans le domaine de la santé ne nécessitant pas le recueil du consentement* de la personne concernée*
 MR-004 *Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé*
 Le traitement n'entre pas dans le cadre d'une méthodologie de référence

3. Transferts de données hors UE

NON
 OUI (consulter la liste des pays offrant un niveau de protection adéquat et justifier auprès du DPO)

4. Engagement du responsable de mise en œuvre (directeur.trice de thèse)

Identité et qualité MINIER Pierre, Médecin Généraliste
Contact mail pierre.minier 74 @ gmail.com
Date 12 / 04 / 2023
Signature 

Avertissement

Les données personnelles dans ce formulaire sont nécessaires à la validité de ce document et sont susceptibles d'être communiquées au responsable du traitement – ou son représentant – et à la CNIL en cas de vérification. Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits pour les données qui vous concernent auprès du Délégué à la protection des données de l'UGA DPO@univ-grenoble-alpes.fr

B. Formulaire d'information à destination des médecins participants

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude dans le cadre d'une thèse de médecine générale.

Cette lettre d'information vise à vous informer des objectifs et du déroulement de cette étude, pour nous assurer que vous n'y êtes pas opposé(e).

Vous pouvez prendre le temps de lire et comprendre ces informations, réfléchir à votre participation, et demander aux responsables de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

Intitulé de l'étude : Le vécu et positionnement du médecin généraliste dans la relation de soin avec ses proches.

Etude sous la direction : du Dr Pierre MINIER

Responsable : Département de Médecine Générale de Grenoble

Investigateurs principaux : Charlotte PRINCÉ et Margaux MERLE, internes en médecine générale

Objectif de l'étude : Recueillir différentes expériences vécues par les médecins généralistes, le ressenti émanant de la relation médecin-proche (personne faisant partie du cercle amical et/ou familial de celui-ci) ainsi que le positionnement du médecin généraliste au sein de cette relation de soin.

Méthode : Étude qualitative par analyse interprétative phénoménologique au travers d'entretiens semi-dirigés.

Un descriptif plus précis de l'étude est à votre disposition si vous le souhaitez auprès des investigateurs par mail à Margaux.Merle@etu.univ-grenoble-alpes.fr ou Charlotte.Prince@etu.univ-grenoble-alpes.fr

Engagement du participant :

Accepter d'être inclus dans cette étude signifie accepter que les données recueillies au cours de l'entretien réalisé soient analysées de façon pseudo-anonymisées. Les données recueillies ne permettent pas de vous identifier et votre anonymat sera préservé.

Les données pseudo-anonymisées vous concernant seront conservées pendant la durée de l'étude jusqu'à signature du rapport final de la recherche.

Engagement de l'investigateur principal :

Les investigateurs principaux s'engagent à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Les données recueillies seront utilisées à des fins de recherche et de communication scientifique.

Les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez par contact par mail.

Liberté du participant :

Votre consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir de responsabilité ni conséquence.

Information du participant :

Vous avez la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations :

Dans le cadre de cette étude à laquelle le Dr Pierre Minier, Charlotte Princé et Margaux Merle (internes en médecine générale), et le Département de Médecine Générale de Grenoble (DMG) vous proposent de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre.

Vos données seront utilisées uniquement pour répondre aux objectifs de la recherche. Le traitement de vos données sera réalisé par Charlotte Princé et Margaux Merle.

Vos données identifiantes recueillies par les investigateurs principaux seront pseudo-anonymisées, c'est-à-dire codées.

En tout état de cause, les investigateurs s'engagent à respecter la confidentialité de vos données personnelles. Le responsable et les investigateurs conserveront vos données pseudo-anonymisées jusqu'à la signature du rapport final de la recherche, puis celles-ci seront détruites.

Législation :

Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) du 14 avril 2016 applicable depuis le 25 mai 2018 :

- vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ainsi que du droit de demander la limitation du traitement de vos données
- vous disposez aussi d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées
- vous disposez d'un droit à l'effacement des données et à l'oubli
- vous disposez d'un droit de réclamation auprès d'une autorité de contrôle (en France : la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés)

Pour exercer ces droits, veuillez contacter les responsables de l'étude à Margaux.Merle@etu.univ-grenoble-alpes.fr ou Charlotte.Prince@etu.univ-grenoble-alpes.fr ou à l'adresse : UFR de Médecine – Pharmacie ; Bureau du 3eme cycle d'étude médicale ; à l'attention du Dr Pierre MINIER- Domaine de la Merci, avenue des Marquis du Grésivaudan ; 38700 La Tronche.

Le délégué à la protection des données (le DPO) de l'Université Grenoble Alpes a été sollicité pour la mise en conformité de l'étude selon la norme CNIL MR-004.

Nous vous remercions par avance pour votre participation, et nous sommes joignables par mail ou par téléphone pour répondre à vos éventuelles questions.

Charlotte PRINCÉ et Margaux MERLE sous la direction du Dr Pierre MINIER.

C. Formulaire de non-opposition

Après avoir pris connaissance des informations, après en avoir discuté si besoin et obtenu réponse à toutes mes questions, je consens librement et volontairement à y participer. Je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et que je peux me retirer à tout moment de cette étude sans avoir à me justifier ni encourir aucune responsabilité. Le fait de ne plus participer à cette étude ne me portera pas préjudice.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif des investigateurs concernés. Au cours de cette étude, j'accepte que mon vécu et mon expérience partagés à l'investigateur, soient utilisés à des fins d'analyse et de recherche qualitative.

J'ai été informé(e) que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication, que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle et que seules les données pseudonymisées seront utilisées dans le cadre de l'analyse.

J'ai bien noté que, conformément aux dispositions de la loi « informatique et libertés », le droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement de ces données, s'exerce à tout moment auprès des médecins investigateurs par contact à Margaux.Merle@etu.univ-grenoble-alpes.fr ou Charlotte.Prince@etu.univ-grenoble-alpes.fr.

Nous sommes joignables par mail ou téléphone pour répondre à vos éventuelles questions.

Signature de l'intéressé(e)

Signature des investigateurs

MERLE Margaux
PRINCE Charlotte

D. Canevas d'entretien

Présentation du médecin : âge, sexe, statut (remplaçant, médecin installé...etc.), milieu d'exercice, ancienneté

1. Qu'est-ce que c'est pour vous qu'un proche ?

2. Avez-vous déjà soigné un ou des proches ? Racontez-nous.

(Question de relance si besoin : A votre initiative ou celle de votre proche ? Êtes-vous son médecin traitant ou plutôt un médecin d'appoint ? Décrivez-nous comment se déroule une consultation avec un patient-proche ?)

3. Comment vous sentez-vous dans la prise en charge de vos proches ?

(Question de relance si besoin : Quels sont les avantages et les inconvénients ?)

4. Qu'est-ce qui vous a déjà amené à accepter ou refuser de soigner un proche et quelles émotions cela vous a procuré ?

(Question de relance si besoin : refus d'une demande particulière (arrêt de travail, certificat médical etc..) ? Colère suscitée par une demande jugée inappropriée ?)

5. Comment décririez-vous votre posture professionnelle dans le cadre du soin à l'un de vos proches ?

(Questions de relance si besoin : Notion de secret professionnel ? Avez-vous déjà ressenti une gêne ou un malaise au cours d'une demande de soin ou d'une consultation ? Avez-vous déjà jugé l'un de vos proches lors d'une demande de soins ? Que pouvez-vous dire sur la notion d'ambivalence, de ne plus savoir si vous êtes le médecin ou le proche dans cette relation ?)

6. Quel est votre ressenti par rapport à ce que peut renvoyer la représentation sociale du médecin ? (Dans un contexte où l'affect n'est pas neutre)

7. En quoi votre raisonnement médical a-t-il pu être modifié lorsqu'il s'agit de soigner un proche ?

(Question de relance si besoin : Vous êtes-vous déjà laissé influencer par la demande d'un proche ? ex : prescription d'examen complémentaires non justifiés)

8. Suite à vos différentes expériences vécues, pourriez-vous nous expliquer en quoi vous avez pu modifier votre prise en charge de patients-proches ou bien comment vous l'envisageriez ?

(Question de relance si notion de "cadre" non abordée : Est-ce que l'établissement d'un cadre vous semble nécessaire ? Si oui, lequel ?)

9. Existe-t-il des choses non abordées au cours de l'entretien que vous souhaiteriez ajouter ?

E. Profils par entretien

L'établissement d'un cadre est indispensable:

- **Importance d'établir un cadre via le lieu de consultation :**
 - hors cadre laisse place à du débordement
 - permet de garder une distance émotionnelle, une objectivité
 - sensation de protection
 - permet de rester systématique
 - permet de remettre médecin et patient à leurs places
- **Limites modulables** car difficile de s'y tenir
- Refus difficile

Vécu très négatif:

- **peur** de l'erreur, peur de passer à côté quelque chose de grave, peur de la culpabilité
- sensation d'**insécurité et de prise de risque**
- "extrêmement mal"
- émotions rendent la réflexion difficile, perte d'objectivité
- peu de place pour parler des émotions en lien avec prise en charge des proches : en parler est vécu comme une psychothérapie

Ambivalence:

- **entre volonté et réalité** de ses actions
- dans définition du "soin"
- dans définition de "proches"
- **fermeté exprimée mais reste disponible**
- souhaite meilleure santé pour ses proches même si ça signifie **mettre ses convictions au second plan**
- c'est une mauvaise idée de soigner ses proches mais dépassé par demandes et envie de venir en aide

MG1

Rôle et positionnement du médecin:

- **seul et dernier recours médical** (difficulté d'accès aux soins), fait de son maximum pour trouver d'autres solutions
- type de demande modifie sa posture (avis, soin, certificat), définition du soin difficile à établir
- positionnement sur le fait que soigner ses proches est une mauvaise idée
- **envie de rendre service**, souhaite faciliter le soins, que ce soit mieux vécu par ses proches
- situation grave aiguë: endosse le rôle de médecin naturellement
- envie d'être maximaliste pour éviter l'erreur
- impression de connaître médicalement son proche

Une relation dans le soin complexe:

- difficulté pour le proche de demander un soin et pour le médecin proche de le recevoir
- transparence de ses émotions dans la prise en charge de ses proches
- **lors d'un évènement aigu et grave le secret professionnel est brisé par la surcharge émotionnelle**

Une place inchangée parmi ses proches:

- pas de barrière sociale
- pas de modification de relation avec ses proches
- respect

Part émotionnelle importante dans relation médecin proche:

- **peur** : de l'erreur, de la culpabilité décuplée, de la perte de crédibilité face à ses proches et ses confrères, de décevoir
- **surcharge émotionnelle**, angoisse
- instillation du **doute et remise en question** de son raisonnement par peur, questionnements et sur-sollicitations proche
- **transmission émotions entre proche et médecin proche** trop importante qui mène à une irrationalité (PEC plus difficilement acceptée par le proche, et médecin proche remet en question son raisonnement en permanence)
- **affect trop important et envahissant** ne permet pas le recul nécessaire à la prise de décision
- part émotionnelle et envahissante ressentie dépendante du proche

MG2

Un statut de médecin gratifiant :

- la demande de soin **valide son statut**, importance de la représentation qu'ont ses proches de ses compétences médicales
- **fierté, reconnaissance, valorisation, flattée, gratifiant**
- **besoin de reconnaissance**, importance de rester dans l'estime de ses proches
- sensation de dévalorisation si le proche demande à autre médecin
- peur de la retraite et du manque de reconnaissance potentiellement vécu
- plaisir d'aider et d'acquiescer des bénéfices pour ses proches : facilité accès aux EC, facilité organisationnelle, centralisation PEC
- premier recours
- implication dans la santé de ses proches, intérêt pour leur santé
- quand demande de soins d'un proche, **endosse son "habileté de médecin"** dans lequel elle se sent à l'aise : séparation claire entre rôle de proche et rôle de médecin
- modification de relation dans un cadre professionnel ne modifie pas relation personnelle

Soigner ses proches :

Cadre et limites ambivalents :

- **définis en fonction de ses compétences** : importance de les connaître afin de pouvoir définir ses propres limites
- modifié en fonction des **expériences**
- **limites parfois posées par le proche**, sensation de ne plus être maître de son propre cadre
- besoin de séparation vie professionnelle et personnelle, soulagement des deux partis (relation médecin proches pas toujours adaptée)
- nécessaires pour rester systématique

examen clinique:

- enfants : plus rigoureuse et systématique
- adultes : difficulté de l'intimité, examen clinique moins systématique
- plus d'implication, induit plus de responsabilité (vs. un avis oral)
- suivi chronique moins rigoureux, moins systématique
- **perte d'objectivité**
- évènement grave : perte de confiance et d'objectivité plus importantes
- **recherche d'un second avis comme fuite** si conflit ou doute dans prise en charge
- connaissance et vécu au quotidien sont faussement rassurant
- prise de confiance dans PEC de ses proches avec le temps et l'expérience
- impact sur proches devenus adultes : ne ressentent pas le besoin d'un suivi, comme si parents médecin était une forme de protection
- ambivalence entre minimisation et maximisation : trouver un juste milieu est difficile

Une prise en charge pas toujours optimale:

- moins systématique / protocolisée
- pas de tenue de dossier, pas de trace écrite
- **suivi chronique moins bon** car oubliés car pas systématique
- minimisation des soins
- **connaissance des proches au quotidien est faussement rassurant**, évaluation superficielle
- si doute:
 - réorientation, demande deuxième avis
 - durée de prescription plus courte
- plus de temps à consacrer à ses proches **MG3**
- PEC pas optimale selon lui
- banalisation examen clinique à la maison
- **médecin traité déclaré** mais peu de prise en charge
- médecin de dépannage
- **malaise et gêne ressentis dans intimité physique et psychique** (exemple examen gynéco)
- **conflit d'intérêt** dans PEC de collègues proches (pouvant interférer avec prise de décision, par exemple secrétaire médicale)
- soigner ses proches est une évidence

Cadre et limites difficiles à établir:

- **pas de limites claires** : donc sensation d'envahissement espace personnel
- **cadre du cabinet**: permet de poser des limites, pour être plus systématique, avoir le matériel adéquat, plus sécurisant, accorder plus de valeur aux soins
- limites définies en fonction de ses connaissances
- **médecin de village** donc beaucoup de patients devenus proches: nombreuses demandes hors cadre, limite du cadre exposées
- demandes abusives: retrouvailles avec proches signifient demandes de soins

Représentation du médecin:

- souhait d'être le proche avant le médecin
- pas envie d'être défini par sa profession
- **fonction de médecin toujours omniprésente**
- **émotions ambivalentes** vis à vis de la représentation du médecin: fierté / syndrome de l'imposteur
- impression d'**évolution de la représentation du médecin** dans la société actuelle
- pas de sensation de supériorité sociale
- **décalage entre point de vue du proche et du médecin**:
 - retrouvailles est forcément synonyme de demandes de soin : pesant pour le médecin, nécessaire pour le proche
 - sur l'importance de la responsabilité mise en jeu (dans l'établissement d'un certificat par exemple)
 - incompréhension d'un refus
 - entre demandes des proches et expérience / connaissances du médecin (exemple de demande de RO en P2)

Vécu:

Emotions négatives:

- peur (de l'erreur, du médico légal)
- déni de pathologies graves
- demandes abusives pesantes
- déception, inquiétude de ne pas apporter soins à la hauteur pour ses proches
- sensation de ne pas être légitime

Emotions positives:

- fierté, valorisation
- plaisir d'exercer et de rendre service

Refus:

- **refus déguisé, difficulté à refuser clairement**
- plus facile de refuser avec ancienneté et expérience
- refus si doute
- incompréhension des proches face à refus
- en lien avec responsabilité liée à la demande (certificats)

La relation médecin - proche :

- Une place privilégiée :

MG4

- non choisie, imposée, pesante et difficile
- car seul recours médical dans la famille
- confiance des proches
- **premier interlocuteur concernant la santé de ses proches**
- évidence pour les proches de lui communiquer les résultats d'examen sans penser à la répercussion émotionnelle possible si anormale
- permet l'accompagnement et explications
- **souhaiterait parfois revenir à une place de proche lambda** qui n'a pas toutes les connaissances et la lucidité sur pathologies de ses proches
- malaise, gêne par rapport à sa place privilégiée par rapport à d'autres proches
- **train d'avance**, décalage avec autres proches qui n'ont pas la connaissance nécessaire pour comprendre la situation
- sensation blessante d'incompréhension et non réalisation de toute la charge mentale et des difficultés qu'elle peut ressentir
- Envie de protéger, ne pas inquiéter
- **Parallèle entre l'intérêt qu'elle porte à leur santé et l'intérêt qu'elle porte à leur personne**, forme de bienveillance, une évidence pour elle
- Inquiétude pour la santé de ses proches, rôle de guide dans leur parcours de soins
- Si trop d'implication dans la santé de ses proches la relation peut prendre un aspect de contrôle
- Ambivalence entre vérification parcours de soin de ses proches et l'envie de leur laisser la responsabilité de leur santé
- **Évènement grave:**
 - plus de communication, d'expression d'émotions au décours
 - permet de s'ouvrir sur émotions vécues dans le cadre du travail : plus de soutien, plus de lien
 - réalisation que les proches ne sont pas immortels
 - pas envie d'être celle qui annonce quelque chose de grave
 - mise en difficulté

Établir des limites:

- Limites:

- en fonction de la distance géographique
- pour les certificats médicaux
- en fonction de son champ de compétences
- communes entre médecin et proche suite à expérience vécue
- Envie de séparer vie professionnelle et personnelle
- Nécessité d'établir un cadre pour une prise en charge optimale
- Satisfaite si y arrive
- Refus :
 - impossible face à difficulté d'accès aux soins
 - catégorique impossible
 - par peur de découvrir un diagnostic grave

Prendre en charge ses proches:

- Engager sa responsabilité:

- même pour des avis médicaux
- envie de rendre service mais implique la santé, l'issue de l'erreur est différente des autres métiers

- Manque d'éléments dans PEC : interrogatoire, ATCD, examen clinique

- Difficulté de l'examen clinique : malaise dans l'intimité physique
- Ne réalise pas le suivi de ses proches, **positionnement clair et intransigeant**, favorisé par distance géographique (soulagement)
- Perte d'objectivité
- Dépannage : ok si demandes simples, absence d'examen clinique
- Si dépannage trop fréquent : risque de rupture de suivi
- **Importance d'être en accord avec ses propres valeurs dans PEC**
- Rôle : réassurance, accompagnement, écoute, réorientation, facilitation d'accès à spécialiste ou confrère
- Sollicitations : plus importantes car facile d'accès, tellement ancrées dans le quotidien que minimisation de leur fréquence
- Pas d'implication dans prise en charge d'un confrère
- **Rôle de proche plus important que rôle de médecin**

Vécu :

- émotions décuplées vis-à-vis de la santé d'un proche
- **peur : de l'erreur**, de passer à côté de quelque chose de grave, du déni, de trop s'impliquer, **d'engager sa responsabilité**
- ambivalence penser au pire vs. peur du déni
- stress, inquiétude
- mauvais vécu si pas de réponse à une question médicale, peur de baisser dans l'estime de ses proches
- plaisir de rendre service et partager ses compétences
- charge mentale et émotionnelle de recueillir en premier les événements

Prise en charge:

- **Raisonnement non modifié mais actions différentes**
- **Minimisation, sous prescription**
- **Temporisation** de la prise en charge car possibilité de surveillance rapprochée / continue (vs. patient lambda vu à un instant T : tendance à être plus maximaliste)
- **Perte d'objectivité, moins bonne PEC**, jugement de valeur négatif sur PEC de ses proches
- **Doute dans PEC de ses proches**
 - objectif d'éliminer gravité rapidement
 - validation de sa PEC par PEC confrère
- PEC "cool", dépendante de son tempérament
- **Refuse de faire le suivi** de ses proches

Peur du diagnostic grave :

- **refus d'imaginer le pire, déni** (considéré comme un défaut)
- **peur de la culpabilité** de l'erreur de passer à côté de quelque chose de grave
- pas envie d'être associé au diagnostic, d'être impliqué
- délègue, oriente vers médecin extérieur
- souhaite être le proche

Établir un cadre et des limites:

- sinon **envahissement de l'espace privé**, par tous canaux de communication
- **cadre du cabinet est sécurisant**, nécessaire pour meilleure prise en charge
- en dehors du cadre du cabinet : plus de dépassement des limites
- limites établies en fonction du domaine de compétences

Relation médecin - proche dans le soin :

- **Décalage** entre demandes répétées par ses proches et **non écoute de ses conseils**
- **Minimisation de ses conseils**, moins bien écouté que médecin extérieur
- **Banalisation**, manque de reconnaissance quand donne des conseils
- Impression d'être réduit à un **distributeur de services, réducteur**
- Patients se sentent experts de leur propre santé, moins de confiance et plus de remise en question de l'avis du médecin
- Décalage entre ce que lui et ses proches pensent importants pour leur santé
- Relation beaucoup moins paternaliste et verticale qu'avant, **sur un pied d'égalité avec le proche** donc moins d'écoute et plus difficile à cadrer
- Confiance des proches, valorisation, valide sa qualité de médecin
- Souhaite meilleure santé pour ses proches
- Ne souhaite pas être réduit qu'à son statut de médecin (attention aux bénéfices secondaires)

Se positionner par rapport à son rôle de médecin:

- **Responsabilité:**
 - ne souhaite pas prendre seul la responsabilité de la prise de décision
 - toujours engagée même hors cadre
- facilité d'accès aux soins, aux examens complémentaires et spécialistes
- rôle de **guide, d'aiguillage**
- validation prise en charge
- dirige, oriente quand caractère urgent
- aider, rendre service
- ne s'impose jamais en tant que professionnel, **préfère garder le rôle de proche**
- **refus difficile** (en lien avec son tempérament, ne sait pas dire non)
- considère qu'il n'existe pas de secret professionnel pour petites pathologies

MG5

Vécu:

- peur de l'erreur
- énervement, déception et frustration de ne pas être pris au sérieux
- plaisir de donner des avis et de rendre service
- plus de pudeur avec ses proches
- entretien = **psychothérapie personnelle, charge émotionnelle intime**

Envahissement de l'espace personnel :

- **Constant** → pesant, énervant
- Omniprésence professionnelle : difficulté à déconnecter
- Limites difficiles à poser mais nécessaires
- **Responsabilité**
 - charge mentale constante, même en dehors du cadre professionnel
 - toujours engagée
 - vigilance constante
- **Cadre du cabinet**
 - permet de sectoriser vie professionnelle et personnelle / chacun à sa place
 - écoute et interprétation diffère en fonction du cadre (avis donné hors cadre est faussement rassurant)
 - permet d'être rigoureuse
- **Diffère avec l'ancienne représentation du médecin** : dévouement à la médecine, nouvelle génération a besoin de scinder le professionnel du privé.
- Définition du "proche" : tout ce qui mêle la vie personnelle et professionnelle, demandes en dehors du cabinet.

Vécu :

- **Désagréable** de soigner ses proches
- **Culpabilité** si erreur et si a trop modéré ses propos
- Plaisir de rendre service et légitimise son rôle de médecin
- Demandes abusives : **usantes et pesantes**

Relation dans le soin :

- **Confiance des proches**
- **Minimisation de l'avis médical par le proche :**
 - proches faussement rassurés, soulagés d'avoir pu en parler, ne suivent pas les préconisations
 - avis et conseil donnés hors cadre : moins de poids, risque d'interprétation, écoute différente
 - multiplication des demandes pour un même problème
- **Rôle du médecin :**
 - accompagner, rassurer, expliquer, soutenir
 - premier recours
 - confirmation de prise en charge
 - satisfaisant et gratifiant
 - sentiment d'être l'expert pour ses proches, se sent légitime
- **Impression d'être parfois plus le médecin que le proche.** Être sollicité que pour l'aspect médical.
- Envie d'avoir la posture de proche plutôt que celle de médecin : maintient une distance avec la santé de ses proches
- Mise à profit de ses compétences médicales pour une meilleure santé de ses proches
- Difficulté d'interaction avec un confrère prenant en charge un proche, notamment si est en désaccord

MG6

Une prise en charge adaptée aux proches mais pas optimale :

- **Raisonnement médical inchangé mais aborde la prise en charge de manière personnalisée**
 - modère ses propos car peur d'alarmer et angoisser
 - charge mentale du médecin est plus importante
- **Prise en charge dégradée** car n'a pas tous les éléments (ATCD...)
- Moins systématique, moins carrée
- **Perte d'objectivité**, minimisation ou maximisation de la prise en charge
- Réorientation rapide vers un médecin extérieur
- **Facilité d'accès au médecin : laisse place aux sollicitations :**
 - si peu fréquentes : plaisir de rendre service
 - si répétées : peuvent être pesantes, vécues comme abusives
- Refus possible si explications données au proche, mais reste difficile
- Respect du secret professionnel

Établir un cadre et des limites:

- **difficile** lorsqu'est le seul recours médical
- pas de limite claire énoncée
- plus facile d'établir des limites avec des personnes moins proches
- **absence de cadre:**
 - perte d'objectivité
 - moins bon diagnostic
 - moins systématique dans interrogatoire et examen clinique
 - absence de temps dédié
 - laisse place aux demandes abusives
 - envahissement espace personnel

Affect et intimité:

- **plaisir** de rendre service
- se sent **confiante et valorisée** si choisie pour donner son avis
- déception et jalousie si un proche se tourne vers un autre
- **charge mentale** avec sentiment d'obligation de soigner ses proches
- **difficulté dans l'intimité:**
 - plus facile de se confier et d'entrer dans l'intimité de quelqu'un de neutre et d'extérieur
 - vécu difficile de la douleur et de l'intimité psychologique des proches

MG7

Définir sa place et sa posture à travers le regard de ses proches:

- **validation et valorisation** dépendants de la confiance de ses proches
- **sentiment de légitimité**
- syndrome de l'imposteur en début d'exercice
- **recherche de confirmation** par ses proches
- posture de médecin parmi ses proches reflète sa propre confiance en elle
- représentation du médecin par les proches qui a la **connaissance innée**

Prendre en charge ses proches:

- **décalage** entre l'importance de la responsabilité imaginée par le proche et vécue par le médecin (-> minimisation acte certifié)
- **impression de minimisation de son avis/conseil** : moins d'impact qu'un avis extérieur
- **connaître son proche:**
 - adaptation de la PEC en fonction de la personnalité
 - différence entre connaître personnellement et médicalement un proche
 - rétention d'information par proche
- Bénéfices:
 - permet accompagnement; plus de temps dédié aux explications plus approfondies
 - PEC plus rapide

Accessibilité:

- médecin proche plus facile d'accès, plus difficile de refuser demandes devant difficulté d'accès aux soins
- **fonction de la personnalité:**
 - si ouverte, très accessible: plus de demandes abusives
 - distance crée respect et autorité: moins accessible, moins de demandes
- si proche a un MT accessible: moins de demandes envers médecin proche

Rôle du médecin :

- **ambivalence:**
 - médecin accessible : permet l'**échanges de services**
 - plaisir et satisfaction de rendre service
 - se refuse à être distributeur de services et d'ordonnances
- **faciliter le soin de ses proches:**
 - arrangeante, moins carrée vis-à-vis des règles
 - plus d'accompagnement et de compréhension, plus à l'écoute
 - soulager la douleur de ses proches
- **éducation de ses proches** sur la valeur et la responsabilité des soins demandés : responsabilisation
- donner son avis :
 - importance de la confiance de ses proches dans son avis
 - se décharge de la responsabilité de prise de décision
- **limites :**
 - de son rôle de médecin placées en fonction de son **domaine de compétences**
 - du dépannage difficiles à placer
 - en fonction des expériences vécues
 - refuse de faire le suivi de ses proches

Intimité:

- **intimité physique** (ex. examen gynéco) :
 - gêne, malaise du proche
 - pas de malaise du médecin car dans son champ de compétences
- **intimité psychique** : malaise, gêne qui mène à un refus de soins
- vécue différemment en fonction du cadre : **cadre sécurisant du cabinet** pour accès-à l'intimité
- médecin crée **climat de confiance** : les gens se livrent plus facilement sur les émotions

Professionalisme :

- difficulté à suivre ses collègues car **conflit d'intérêt** et perte d'objectivité (notamment si position hiérarchique)
- choix d'un médecin qui n'est pas un collègue pour son suivi et celui de ses enfants par peur de mettre en péril une relation amicale
- difficulté à garder le secret professionnel dans un milieu où tout le monde se connaît : peut être pesant

Vie personnelle et professionnelle entremêlées

- envahissement de vie personnelle ressenti comme un poids en début d'exercice
- vécu de l'envahissement de la vie personnelle dépend du médecin, des demandes et du moment de vie
- **apprécie et accepte le mélange de vie professionnelle et vie personnelle** avec expérience
- plaisir de voir ses patients en dehors du cabinet
- **sectorisation des demandes** professionnelles/personnelles en fonction des différents canaux de communication
- notion de patients qui deviennent proches
- recherche de proximité par certaines connaissances pour obtenir des bénéfices

Relation dans le soin

- plus franche et perfectionniste avec ses proches
- refus :
 - peur de rompre le lien si refus : plus facilement influencée par les demandes
 - refus catégorique très difficile
- **évolue avec expériences :**
 - malaise, syndrome de l'imposteur en début d'exercice
 - plus de confiance avec expérience, et dans la prise en charge de ses proches
- **peur** : de minimiser, de l'erreur, de la culpabilité augmentée si erreur de prise en charge ou effet indésirable
- événement grave : perte d'objectivité
- aspect monétaire pas important
- **sensation d'être respectée ; flatteur, agréable**

MG8

Professionalisme:

- **Difficulté à faire confiance à ses confrères:**
 - **Difficulté à confier suivi de ses proches à confrères** car difficulté à leur faire confiance
 - Souvent pas en accord avec PEC de ses proches par confrères qu'elle souhaiterait maximaliste
 - Risque d'intervenir et de s'immiscer dans PEC de ses confrères donc préfère ne pas le connaître, sinon gêne
 - Jugement sur la qualité et les compétences médicales de confrères
- **L'inconfort d'être tenue au secret professionnel:**
 - Changement de point de vue sur proche et modification de relation après accès à informations confidentielles liées au secret
 - Difficulté à rester impartial
 - **Mène à situations très complexes et inconfortables, malaise**
 - **Obligation de mentir ou taire certaines informations en dehors du cadre professionnel**
 - Nécessite l'établissement de limites pour éviter situations gênantes
 - Difficulté d'accompagner un proche en tant que proche lorsque l'on a eu accès à des informations médicales au travers de sa posture de médecin

Etablir un cadre et des limites:

- Limites différentes avec proches soignants car meilleure compréhension des limites et de la charge mentale, moins envahissants
- Envahissement de l'espace personnel par professionnel (matériel médical au domicile)
- **Cadre établi par médecin, assoit son autorité**
- Nécessaire suite à différentes expériences vécues et débordements
- **Demandes abusives:**
 - passage par canaux de communication privés pour éviter une consultation, vécu comme inacceptable
 - fréquence et insistance des demandes
- **Débordement limites mal vécu**

MG9

Une amitié engagée au travers du soin :

- Lorsqu'un ami devient patient, source de conflit
- **Rupture amicale** lorsque le bénéficiaire du médecin au sein de la relation prend le dessus sur la relation d'amitié
- **Méfiance lors de nouvelles relations** : recherche de bénéfices secondaires ?
- **Sentiment d'abus** que proche profite de l'amitié pour obtenir des bénéfices
- Bénéfice pour médecin à soigner des proches : conserve amitié
- **Difficulté à refuser:**
 - à verbaliser en face
 - peut entraîner rupture de relation car incompréhension du refus, vécu comme brutal
 - peur de refuser, d'arrêter un suivi par peur de rompre une amitié
- **Avertissement : ne pas suivre ses amis, risque de conflit et perte d'amitié, relation pas saine**

Un relation médecin - proche complexe :

- Incompréhension du proche de la charge mentale et de l'envahissement engendré
- **Nécessité de séparer le médecin et le proche**, ne peut pas être les deux dans la relation
- Décalage entre avis semblant anodin pour le proche vs. source d'anxiété pour le médecin
- Confiance du proche, refus d'être suivi par quelqu'un d'autre
- **Approche verticale et directive dans le soin à ses proches**
- Explication claire conduite à tenir et risques encourus : remet la responsabilité et la prise de décision à son proche
- Proche extériorise plus ses émotions, pousse le médecin à être maximaliste
- **Minimisation de l'avis du médecin proche:**
 - décrédibilisation de son statut car perçue comme proche avant médecin par le proche
 - source de frustration et déception
 - donc prise de distance par médecin, détachement
 - car réassurance du proche d'avoir pu délivrer l'information au médecin

Prise en charge:

- **Perte d'objectivité, difficulté à rester systématique** (notamment dans l'urgence)
- **Maximaliste dans démarche diagnostique** car inquiétude et peur de passer à côté de quelque chose : multiplication des examens complémentaires
- Plus rapide et réactive dans prise en charge
- Train d'avance sur possibilités diagnostiques, **voit tout de suite le pire**, donc met de la temporalité dans la démarche diagnostique (plus rapide)
- **Temporisation de la PEC car surveillance rapprochée**
- **Médecin traitant par défaut du fait de la démographie médicale**, sentiment d'obligation
- Accès plus facile aux soins (examens complémentaires...)
- Facilité, rapidité, praticité d'avoir un médecin proche
- Facilité pour les pathologies bénignes
- Dépannage systématique se transforme en suivi par défaut (contrat entre deux partis)
- Obligation, contrainte de PEC dans l'urgence
- Recherche d'avis extérieur pour réassurance
- Aspect monétaire : fait payer consultations (considérée comme une consultation classique)
- Difficulté à se retrouver face à des résultats anormaux dans bilan systématique
- **Intimité :**
 - **physique** : examen clinique difficile, seulement si plainte ou situation aiguë
 - **psychique** :
 - difficulté d'hospitaliser un proche
 - difficulté de se livrer pour le proche et de recevoir des informations intimes pour le médecin
 - malaise, gêne
- Gênée du regard des autres si fait un arrêt de travail à son nom pour un proche
- **Responsabilité :**
 - se décharge de la responsabilité du fait de l'éloignement géographique
 - moindre si avis sans prescription
- Envie d'être systématique, ne se laisse pas influencer par autres soignants

Représentation du médecin :

- Statut du médecin spécial et important
- Dans la société, statut lié à apport financier
- **Pouvoir de faire avancer les choses**, est le plus important pour elle
- **Trouve de la valorisation dans son métier via la fierté de ses proches**
- Etre médecin **permet accès à meilleure santé**, mise à profit de ses compétences médicales pour ses proches
- Arrêt d'être médecin signe la fin de ces privilèges et bénéfices pour ses proches

MG9

Vécu :

- Peur de passer à côté de quelque chose de grave
- **Peur de l'erreur**, préoccupation constante, culpabilité déculpée si erreur
- Frustration, énervement si erreur diagnostique
- **Émotions négatives** à l'idée de soigner ses proches
- **Triste, blessée, sidérée** si choix d'un autre médecin
- **Déception, tristesse, colère** lorsque réalise que recherche de bénéfices secondaires
- Inquiétude, angoisse, peur
- Panique, anxiété, imagine le plus grave
- Émotions déculpées dans l'urgence
- Satisfaction de pouvoir soigner ses proches au mieux
- Plaisir d'aider, de rendre service

MG10

L'ambivalence dans la relation de soin:

- **exercer de la meilleure médecine pour ses proches :**
 - leur dédie plus de temps, d'énergie et de volonté
 - discours facilité par connaissance : plus franc et plus fluide
 - partage de valeurs avec ses proches : plus d'échange et de compréhension
 - moins conciliant avec ses proches car plus facile d'expliquer
 - Enregistré dans ce PC : aboutissants de la PEC
 - Compétences pour bonne santé de ses proches
 - pas de sensation de mise en danger dans PEC de ses proches
 - se sent à sa place
 - sentiment d'être plus écouté par ses proches qu'un patient lambda
- **envie d'être le proche au premier plan :**
 - désintéret et déni de la pathologie de ses proches
 - pas d'examen clinique
 - connaissance du proche au quotidien donne l'impression de le connaître médicalement
 - crainte de rentrer dans l'intimité
 - pas systématique dans les prises en charge
 - inconfort dans la prise en charge
 - envie d'être sur un pied d'égalité
- **confiance :**
 - confiance dans le médecin proche plus importante que médecin lambda
 - difficulté pour médecin proche à faire confiance à un autre médecin

Représentation du soin:

- **Un métier de services :** plaisir de rendre service, sentiment d'utilité / valorisation
- Faciliter le parcours de soin de ses proches : examens complémentaires, spécialistes
- Bénéfices partagés : facilité, rapidité, simplicité, fluidité, efficacité
- Avantages pour ses proches conforte sa position de soignant

Cadre et limites:

- Clair et strict au début puis assouplissement avec l'expérience
- Chacun sa définition de demande abusive, qui évolue avec le temps
- Etablissement de limites permet de recadrer si envahissement espace personnel et limiter fréquence sollicitations

Une représentation du médecin pouvant modifier les relations:

- la représentation sociale du médecin peut **biaiser les relations**
- notion de supériorité sociale du médecin entraîne un malaise chez lui et un syndrome de l'imposteur
- impression d'être défini par son activité professionnelle
- **méfiance dans l'établissement de nouvelles relations** quand à la recherche de bénéfices secondaires
- cadeaux et attentions renforcent l'égo en légitimant sa position de médecin et peuvent favoriser l'acceptation de demandes abusives

Evoluer avec le temps et l'expérience:

- **assouplissement des règles**
- diminution de la **responsabilité** ressentie
- diminution de la **charge mentale**
- diminution du syndrome de l'imposteur
- majoration de sa **confiance** en lui
- positionnement
- critique des automatismes et idéaux des études
- moins de difficulté à soigner ses proches

Etre le médecin par défaut :

- Sentiment d'**obligation morale**, refus impossible
- Du fait de la **démographie médicale** actuelle, est le dernier recours, contraint à soigner ses proches, reste la seule solution.
- **Vécu très négatif**
- Sensation de solitude, impression d'être le seul à se préoccuper de ses proches
- **Ne rien faire est pire qu'une mauvaise prise en charge**, sentiment d'obligation d'agir
- Impression de réaliser une **mauvaise prise en charge :**
 - absence de consultation dédiée
 - oubli des vaccins
 - perte d'objectivité, pas de recul nécessaire
 - absence d'examen clinique dans les soins à distance
 - doute sur qualité de sa prise en charge
 - **difficulté de PEC dans l'intimité psychique**, pas de recul nécessaire des deux partis : plus facile d'introduire un traitement plutôt que de réaliser un entretien psy
- Absence de difficulté si sujet jeune et non polyopathologique
- **Difficulté de prise de décision**, recherche d'un avis ou d'une confirmation par un médecin extérieur
- Avantages : agir vite, utiliser son réseau, faire avancer les choses
- **Une meilleure connaissance de ses patients proches**
 - Fausse réassurance, impression erronée de son état de santé
 - Diagnostic plus facile d'un trouble mnésique
- **Ne ressent pas de demandes abusives**

MG11

Se positionner :

- Envie d'être le proche
- **Mise en garde, déconseille la prise en charge de ses proches**
- Rôle de guide et d'orientation
- Gère le parcours de santé de ses proches
- Pathologie relevant d'une spécialité, endosse le rôle d'accompagnateur, organisateur des soins (moins de charge mentale)
- Garde sa distance et ne veut pas se mêler aux prises en charge des confrères
- Pour certains proches, les soigner est une évidence

Un mauvais vécu :

- **Aucune émotion positive** dans la prise en charge de ses proches = sensation d'être piégé
- **Diagnostic grave :**
 - Surcharge émotionnelle, charge mentale importante
 - sentiment de culpabilité lors du diagnostic
 - négligence et déni
 - préoccupation importante
- Peur de l'erreur
- Angoisse d'être le premier recours dans l'urgence
- Inquiétude vis à vis de l'état de santé de ses proches
- Satisfaction lorsque la prise en charge est réussie

Relation dans le soin :

- Secret médical impossible à garder
- **Mauvais rôle, train d'avance sur l'évolution** et le pronostic des pathologies des proches, rôle dans l'anticipation
- Difficulté à convaincre les autres proches, aller à leur rencontre si désaccord.
- **Relation paternaliste**, choisi pour ses proches ce qui lui semble le mieux pour eux
- Peur d'être trop oppressant pour ses enfants et qu'ils n'aient pas d'indépendance dans leur santé.
- **Résurgence d'une pensée professionnelle dans le cadre du privé (palpation masse du sein)**
- Statut du médecin et place dans la famille, dépend de l'existence d'autre médecin dans la famille.
- Prise en charge d'un proche aussi médecin est délicat
- **Moins de crédibilité par rapport à un médecin extérieur**

Un vécu difficile:

- entretien de thèse vécu comme une **thérapie**, soigner ses proches est pesant et difficile à exprimer à son entourage
- acceptation difficile que ses proches puissent être malades
- **sentiment d'obligation** imposé par soi-même
- **lourd, pesant, énergivore, prenant, stressant, angoissant**
- peur de l'erreur, déni
- tristesse, déception, blessée si sollicitée uniquement pour avis médicaux
- sentiment d'illégitimité, syndrome de l'imposteur
- gêne si demande va à l'encontre de ses valeurs
- impression de beaucoup donner, et d'avoir peu d'espace d'écoute pour elle
- manque de reconnaissance, d'humilité, de respect
- lassitude, marre des demandes, s'en passerait bien
- **peur et charge mentale de la responsabilité engagée**
- émotions ressenties comme paradoxales

Des émotions positives : empathie, plaisir d'aider et de rendre service prennent le dessus

Ressenti évolue avec le temps et l'expérience:

- jeune médecin : euphorie, valorisation
- avec expérience et confiance : moins besoin de valorisation par son travail

Représentation du médecin :

- modification avec le temps
- place privilégiée et spéciale du médecin n'existe plus
- poursuite de la perception de l'ancien médecin toujours disponible pour certains proches
- **changement de conception de la médecine avec nouvelle génération** : importance du clivage avec vie personnelle, cadre horaire s'impose pour préserver sa santé mentale
- **métier de service**, normal de répondre aux demandes : société devenue consommatrice de soins (plus anxieuse et angoissée, consulte plus)

MG12

La relation médecin - proches :

- parfois impression d'être utilisée comme un **distributeur de services**, d'être consommée
- parfois l'impression d'être sollicité uniquement pour son côté médical (tristesse, déception)
- impression que certains proches restent pour **bénéfices secondaires**
- connaître ses proches au quotidien donne l'impression de les connaître médicalement
- **exigence familiale:**
 - considérée comme le médecin de la famille, implique une obligation de soins
 - normalité de répondre aux demandes
 - s'attend à ce que le médecin mette à profit ses compétences et connaissances pour soigner
 - sensation d'être redevable car famille lui a financé ses études
- **train d'avance sur le diagnostic**, envie de protéger ses proches de l'éventualité d'un diagnostic grave qu'elle garde pour elle et augmente la charge mentale
- incompréhension des proches de la difficulté de soigner ses proches
- **responsabilité :**
 - décalage entre la représentation du proche et du médecin sur valeur du certificat et responsabilité engagée
 - responsabilité et conséquences si erreur différente par rapport à d'autres métiers, pas forcément perçu par proches

Limiter l'envahissement de son espace personnel :

- **sollicitations :**
 - constantes et quotidiennes
 - favorisées par la disponibilité et proximité du médecin
 - abusives quand trop fréquentes
- **recherche d'anonymat :**
 - discrète sur sa profession sinon porte ouverte aux demandes
 - choix de ne pas habiter sur son lieu de travail
- **toujours ramenée à son statut de médecin**
 - sensation de ne plus pouvoir être soi-même en dehors du travail
- **se sent envahie et attaquée dans son espace personnel :**
 - difficulté d'établir un cadre et des limites, même si paraissent indispensables
 - par opportunistes à la recherche de bénéfices secondaires
 - **besoin vital de coupure** malgré l'envie de rendre service
- **difficulté à refuser :**
 - car **peur de l'image que cela peut renvoyer**
 - d'autant plus difficile que dernier recours
 - incompréhension et sentiment de trahison ressentis par les proches
 - **culpabilisation**, sentiment d'être déloyale
 - anticipation de l'incompréhension des proches : n'essaie même plus de le verbaliser, préfère la fuite et le silence
 - arguments pour refuser: manque d'éléments et besoin d'un examen clinique
 - sauf si demande perçue comme abusive

MG12

Prise en charge de ses proches :

- décision de faire suivre ses proches par un médecin extérieur mais prise en charge soi-même par facilité organisationnelle
- **sentiment d'obligation**, devoir de soigner ses proches devant la difficulté d'accès aux soins actuelle
- **modification de la prise en charge pour répondre aux attentes :**
 - acceptation et multiplication d'examen complémentaires même si demande injustifiée
 - accepte orientation vers spécialiste pour passer la main
 - envie de répondre aux attentes et faire plaisir, va plus loin dans prise en charge
- **minimisation** de la prise en charge et de la douleur de ses proches pas d'entre deux : soit minimaliste, soit maximaliste
- **perte d'objectivité, perte de jugement, perte des repères, moins systématique**
- difficulté à examiner ses proches
- **remise en question constante** dans PEC de ses proches
- moins de charge mentale à prendre en charge un patient jeune qui est moins à risque
- respect du secret professionnel
- **envie de rendre service**, faciliter les choses pour ses proches, gain de temps pour eux alors que moins chronophage pour elle
- jugement de valeur sur PEC de ses proches : impression de mal faire
- **accepte le rôle de médecin permanent**, a toujours un ordonnancier sur elle

Un vécu contrasté :

- **Émotions exacerbées dans le soin de ses proches**

- **Émotions positives**

- Satisfaction, plaisir de rendre service
- Valorisation, validation par confiance et gratitude des proches
- Contentement, égo, fierté

- **Émotions négatives**

- Peur: de décevoir, de perdre la confiance de ses proches si erreur
- Malaise face à du chantage affectif
- Enervement face à des demandes excessives, abusives et chronophages
- Inquiétude, angoisse, chagrin, colère, irritation, préoccupation, énervement
- Sentiment d'obligation, culpabilité si refus
- Déception, frustration car parfois l'impression d'être sollicitée plus pour son rôle de médecin que pour sa personne
- Imagine toujours le pire pour ses proches: angoissant

- **Évolue avec le temps et l'expérience:**

- En début d'exercice:
 - syndrome de l'imposteur, sentiment d'illégitimité face au manque de confiance en ses compétences
 - plaisir, flatterie, validation et valorisation par demandes de soins
- Avec l'expérience:
 - acquisition de confiance, n'a plus besoin de validation des proches
 - sursollicitations deviennent pesantes, énervantes

Refuser :

- Refus difficile:

- refus catégorique difficile
- si dernier recours
- culpabilisation si refus car sentiment d'obligation
- peur de rompre le lien
- peur de la réaction face au refus
- incompréhension du proche

- Plus facile si

- situation compliquée à gérer hors cadre
- si éloignement géographique, si personne moins proche
- hors situation d'urgence
- certificats médicaux

- **Mise en place de stratégies de refus :**

- avec l'âge et l'expérience
- en fonction de son humeur
- verbalisation que ce n'est pas le contexte adapté en dehors d'une urgence
- proposer solutions alternatives
- explication du refus

Représentation du médecin :

- **Changement de regard et de perception** à l'évocation de sa profession
- **Création d'une inégalité dans la relation** avec l'impression de supériorité du médecin
- Impression que son **identité est définie par son métier** et non sa personnalité
- Statut de médecin constant et mal vécu car lui est imposé
- Représentation du "**médecin qui sait tout**" donc pression plus importante
- **Transformation des relations** par recherche de bénéfices secondaires : installation d'une méfiance constante vis-à-vis des amitiés
- Recherche d'anonymat par peur de modification des relations et de sollicitations
- Confiance des proches en ses compétences médicales

MG13

Établir un cadre et maintenir une posture professionnelle:

- **Établir un cadre:**

- pour être systématique
- pour faire de la médecine de meilleure qualité
- pour recréer l'intimité hors cabinet
- pour maintenir le secret professionnel hors cabinet
- difficile à établir

- **Établissement de limites**

- suite à des difficultés
- devant la possibilité d'un diagnostic grave
- nécessaires sinon impossibilité de couper avec vie professionnelle
- nécessaire car si acceptation trop fréquente : majoration des demandes et envahissement
- fait elle-même les démarches pour transférer le suivi de ses proches

- **Maintenir une posture professionnelle**

- représente un effort pour le médecin
- difficile car moment plaisant avec proche, échanges personnelles éloignent du cadre et risque d'erreur
- perte de professionnalisme dans prise en charge de ses proches

- **Secret professionnel :**

- respecté au sein de sa famille
- **dépendant du contexte et du cadre dans lequel l'information a été délivrée** (se décharge de la responsabilité du secret professionnel hors cadre)
- évocation de la notion de secret professionnel pour recadrer

- **Envahissement de son espace personnel:**

- constant et pesant, dès que dépassement du cadre par sursollicitations, par facilité d'accès du médecin proche et flemmardise du proche

Rôle du médecin dans la prise en charge de ses proches :

- **Qualité d'écoute, réassurance, accompagnement, confirmation et vérification**

- **Éducation de ses proches sur la valeur des soins** (certificat médical)
- Facilite parcours de soin de ses proches, mise à profit de ses compétences
- Sentiment d'obligation, devoir déontologique dans événement aigu
- Prise en charge vécue différemment si décision vient d'elle

- **Dans le suivi de ses proches :**

- MT de ses proches car difficulté démographique actuelle
- avertissement sur le fait qu'il ne faut pas être MT pour ses proches
- se positionner dès le début d'exercice
- dans pathologie chronique nécessité d'un suivi extérieur
- dépistage et suivi implique le risque de découverte d'une pathologie grave
- si dépannage trop systématique, risque de perte de suivi
- fait elle-même les démarches pour transférer le suivi de ses proches

- **Face à une pathologie grave:**

- perte d'objectivité car difficulté émotionnelle
- anticipation, imagine le pire pour ses proches
- envie d'être le proche, ne souhaite pas être le médecin
- est incluse dans le parcours de soin par le proche

- **Volonté de pratiquer une médecine de bonne qualité:**

- examen clinique :
 - si non fait : impression de faire de la mauvaise médecine
 - si distance géographique, impossible à le faire, implique l'arrêt d'un suivi
- peur de la perte d'autorité et distance professionnelle nécessaires à un soin de bonne qualité
- ambivalence entre vouloir rendre service et faire de la médecine de moins bonne qualité/plus à risque d'erreur

- **Une prise en charge peu optimale:**

- minimisation, déni
- impression de prise de risque
- perte d'objectivité, PEC de moins bonne qualité
- pas toujours systématique (examen clinique)
- orientation vers un suivi extérieur dans l'intimité physique ou psychique

MG13

Relation dans le soin :

- Vécue différemment en fonction de l'ancienneté de la relation

- **récente :**
 - envie de plaire, créer du lien, ce qui passe par **services rendus**
 - peur de décevoir si refus de demande et met en péril la relation
 - **définie par sa profession** car rencontrée alors qu'est déjà médecin, implique demandes plus fréquentes
 - impression d'être systématiquement associée à son métier
 - souhaiterait un cadre plus strict, mais difficile à établir
 - **ancienne :**
 - lien fort tient à autre chose que les services rendus
 - **reste personne avant tout** car connue avant d'être devenue médecin
 - moins de demandes
 - plus facile de refuser
- **Discussion d'égal à égal** autour du soin, **non directive**, rôle de conseillère
- Pas peur de verbaliser lorsqu'elle ne sait pas
- **Proche faussement rassuré par simple présence du médecin :**
 - sentiment d'être **intouchable** (parallèle avec le guide haute montagne)
 - pesant pour médecin, sentiment de devoir être à l'affût et de **devoir gérer leur santé sans que cela soit explicité**
 - se décharge de la responsabilité en le verbalisant
- Confiance absolue du proche
- Envie de faire plaisir en acceptant les demandes
- Pour certains proches, statut de médecin prend trop de place, doit recadrer
- **Peur que l'admiration de ses proches pour son statut prenne trop de place** par rapport à d'autres émotions (relations amoureuses)

Une prise en charge pas toujours objective :

- Demande **effort de réflexion de prendre en charge** ses proches comme un patient lambda
- **Absence de juste milieu :**
 - **minimisation** jusqu'à l'évocation d'un diagnostic pouvant être grave ou prise de conscience de celle-ci
 - puis bascule vers une **maximisation** de prise en charge
- Possibilité de **temporiser** PEC car surveillance rapprochée

Représentation du médecin :

- a la **science infuse**, mis sur un piédestal comme si devait avoir la connaissance de tout
- admiration et **confiance des proches** qui vient valider son statut
- métier socialement reconnu, **aimerait être anonyme**
- position de médecin lui offre une **légitimité dans son discours** et en tant que personne

Choisir son rôle :

- Ambivalence dans son rôle dans la santé de ses proches :
 - intérêt pour leur santé, et comment ils sont pris en charge
 - ne souhaite pas intervenir, mais **reste vigilante**
 - mais besoin d'être rassurée via vérification et examen clinique
 - **implication indirecte dans leur prise en charge**, les oriente vers les examens qu'ils doivent demander
 - veille de loin à une PEC optimale.
- MG14**
- **Souhait d'être le proche avant tout**
 - Organise les soins pour faciliter la prise en charge
 - Rôle de guide et d'orientation
 - Réorientation vers le médecin traitant

Établir un cadre et des limites :

- en **perpétuel ajustement**, modulables avec le temps et l'expérience
- défini autour de l'intimité physique, suite à malaise
- **refus :**
 - catégorique difficile
 - en fonction de son domaine de compétences
 - des certificats médicaux
 - argumente et explique l'intérêt d'une consultation dédiée
- demandes abusives si non urgent et bénin, pouvant être géré par médecin traitant

Émotions négatives au premier plan :

- au delà du plaisir de rendre service
- agacement, irritation
- inquiétude, stress, imagine le pire pour ses proches, peur de passer à côté de quelque chose de grave
- malaise, gêne de l'intimité physique (sphère génitale)

Représentation du médecin :

- N'a pas changé la perception que ses proches ont d'elle
- **Difficile à assumer**, rôle presque sacré, syndrome de l'imposteur
- **Modification dans l'établissement de nouvelles relations**, ne pas être sur un pied d'égalité
- **Vécu très négatif :**
 - N'arrive pas à se dégager de son image de médecin
 - Se sent mise à l'écart
- Souhait de garder l'anonymat, habitation à distance de son lieu de travail

Relation dans le soin :

- **Confiance absolue du proche permet de le raisonner**
- Difficulté pour le proche d'être soigné par quelqu'un d'autre
- **Minimisation de l'avis du médecin :**
 - moins prise au sérieux
 - retentissement sur la santé du proche, retard diagnostic
- **Prisonnière de cette relation :**
 - suivi imposé, n'est pas son choix de le faire
 - sentiment d'obligation
 - obligation d'accepter les différentes casquettes (médecin/proche)
- **Ambivalence par rapport aux rôles multiples**, ne sait plus comment se positionner
- Position de proche a plus de valeur pour elle, + confortable si est son seul rôle dans la relation
- **Pouvoir de décision finale dans décisions familiales**
- Meilleur soin car connaissance personnelle du proche, anticipation des réactions
- Place privilégiée par rapport aux autres proches
- **Fin de vie/ proches institutionnalisés :**
 - d'autant plus difficile qu'elle a le statut de médecin
 - responsabilité partagée avec les autres proches, rassurant
 - discussion familiale, limite du secret professionnel est fine
 - anticipation de la difficulté ressentie dans la prise de décision dans des moments graves

MG15

Un vécu négatif :

- **Pesant** de suivre ses proches
- Désagréable
- Peur de l'erreur
- Imagine le pire pour ses proches
- **Préoccupation constante** dans prises de décisions
- Stress, hypervigilance, méfiance
- Émotions négatives mises au second plan, accordé plus d'importance aux bénéfices pour ses proches
- **Illégitimité**, syndrome de l'imposteur

Valorisation, confiance, validation de son rôle de médecin

Prise en charge :

- **Adaptation de la PEC** en fonction de la personnalité du proche
- Perte d'objectivité, modification du raisonnement médical qui est troublé.
- Quand doute sur PEC, recherche validation par confrère
- **Pas de suivi conventionnel**, pas de consultation dédiée, moins bonne prise en charge
- **Démographie médicale, impose de poursuivre le suivi**
- **Nécessité d'une prise en charge extérieure dans l'intimité :**
 - Physique : moins systématique dans examen clinique
 - psychique
- Ne veut pas s'impliquer dans le suivi, renvoi au MT, plus facile à éviter si distance géographique
- Dépannage plus facile à accepter si proche a un suivi extérieur
- **Bénéfices pour le proche :**
 - plus confortable et facile pour le proche
 - accès aux soins facilité
 - meilleure santé et prise en charge dans l'urgence
 - rassure, guide, oriente, valide

Envahissement de la vie privée :

- **Sollicitations hors cadre fréquentes et régulières**
- Joignable 7 jours/7 pour proches institutionnalisés
- Pas de verbalisation de refus clair donc sollicitations constantes et qui perdurent
- Appels fréquents des proches pour rassurance
- **Mélange vie professionnelle et privée :** sollicitations dans le cadre amical, lors de discussions informelles, pas de consultation dédiée
- Recherche de l'établissement d'un cadre via le cabinet, crée de la distance et une objectivité pour meilleure prise en charge
- **Refus impossible pour les proches**, difficile à verbaliser
- Poids des sollicitations hors cadre non perçu par les proches, vécu comme abusif
- Tentative d'obtenir des informations liées au secret professionnel dans un cadre informel, nécessité d'une vigilance constante

MG15

La représentation d'un médecin "expert" :

- Position sociale **valorisante**
- Représente **le savoir**
- Sollicitation sur des notions larges en médecine
- Impression de **représenter toute la médecine** et de devoir la défendre, sinon perte de crédibilité. Impression de devoir cacher son statut pour éviter certains débats.
- Sentiment d'illégitimité
- **Place privilégiée et respectée** dans la famille car ont vu les sacrifices et le travail fourni, fierté et confiance des proches
- **Honte de son statut** dans des milieux où le travail n'est pas valorisé
- Valorisant d'être sollicité, valide son statut de médecin

Vécu :

- **Peur :**
 - de l'erreur et de passer à côté d'un diagnostic grave
 - du diagnostic grave
 - perdre la confiance et la crédibilité de ses proches
 - de décevoir si refuse une demande
- Angoisse, anxiété, panique, inquiétude, stress
- **Illégitimité, syndrome de l'imposteur**
- Sentiment d'échec et d'impuissance si conseils non suivis
- Valorisant d'être sollicité, flatteur, gratifiant
- Plaisir de rendre service

Difficulté à établir un cadre et des limites :

- **Envahissement de son espace personnel** par le professionnel, essaie de prévenir le burn out. Instaure de la méfiance
- Envie de mettre des limites mais difficile
- Refus :
 - difficile même si demande semble injustifiée
 - peur de décevoir si refuse
- Demande de respect du secret professionnel verbalisé par le proche, hors cadre professionnel

Rôle et positionnement du médecin :

- **Sentiment d'obligation** envers ses proches :
 - de mettre à profit ses compétences
 - être utile, faciliter l'accès aux soins
 - écouter et accompagner
 - de devoir envers sa famille : lui ont financé ses études
- En accord pour prendre en charge :
 - pathologies bénignes, à distance si nécessaire
 - si rentre dans son champ de compétences
 - si n'est pas une primo prescription de traitement, pas de suivi
 - si dépannage, réorientation vers le médecin traitant
- Premier recours à distance dans l'urgence, rôle important d'orientation
- **Accompagne, soutient, conseille, rassure**
- Moteur dans prévention au quotidien
- Envie de protéger ses proches et ne pas les inquiéter (devenir des pathologies chroniques), tait certaines informations
- Souhaite être le proche plutôt que le médecin
- Ne souhaite pas intervenir dans prise en charge de ses proches par ses confrères
- Positionnement difficile méfiance et prudence constantes.
- Difficulté à prendre en charge ses proches est difficile à verbaliser

MG16

Relation dans le soin :

- Connaître ses proches au quotidien donne l'impression de les connaître médicalement
- Transmission plus importante des émotions par le proche : angoisse
- Découverte d'une partie de la personnalité du proche lors d'un événement de santé, déplaisant
- **Minimisation de l'avis du médecin proche**
- **Sentiment que le médical prend toute la place**, pesant
- Sentiment de gratitude envers ses proches pour le soutien apporté
- **Proche "expert de sa pathologie" confronte le médecin à son manque de connaissance** et induit un sentiment d'illégitimité
- Fait confiance à ses proches sur des données médicales lors de la réalisation d'un certificat

Rôle du médecin :

- **Normalité :**
 - de recevoir des sollicitations nombreuses
 - de rendre service
 - réaliser la PEC de ses proches
 - de répondre aux demandes
 - absence de questionnement sur son rôle de médecin auprès de ses proches car tout simplement normal
- Rôle d'**aidant et d'accompagnant** pour ses proches
- Premier recours dans l'urgence
- **MT de ses proches**, pas de réel suivi jusqu'à événement aigu
- Facilitation parcours de soins
- **Conforté dans son rôle** par confiance et réassurance de ses proches

MG17

Vécu:

- **sentiment de devoir** envers ses proches face à la démographie médicale actuelle
- absence de charge mentale car s'inscrit dans la normalité
- **plaisir** de rendre service et mettre à profit ses compétences
- pas de sentiment d'envahissement

Représentation du médecin :

- **métier de services**
- en milieu rural :
 - normal d'échanger des services
 - pas d'anonymat possible
 - fierté de son statut
- reconnaissance du médecin et de sa place
- dépendante de sa personnalité

Absence de cadre :

- **Absence de cadre dans vie professionnelle**
- continuum entre vie personnelle et professionnelle
- continuum entre rôle de médecin et proche : ne ressent pas d'envahissement

Relation dans le soin :

- Patients devenus proches avec temps et suivi
- **PEC simplifiée par la connaissance des proches**
- Distance émotionnelle maintenue dans le soin via la technicité des soins
- Facilité de communication entre 2 médecins proches
- Vision plus globale des situations médico-sociales de ses proches, anticipation par rapport aux autres

Positionnement en tant que médecin proche :

- Refus :

- difficile pour les plus proches / plus facile pour moins proches
- catégorique pour certificats médicaux
- éducation du proche lors d'un refus
- reste sur ses positions même si incompréhension du proche

- Acceptation des demandes:

- en **2ème recours** si médecin traitant non disponible
- dépannage : ponctuel de traitement/ arrêt de travail/ avis/ conseils si justifiés, prescrire le moins possible, jamais de primoprescription
- peur d'être débordé si trop d'acceptations / cercle vicieux du dépannage systématique
- exceptionnellement accepte d'être médecin traitant si proche en bonne santé, sinon refuse de faire le suivi
- pas de bilan biologique car anticipation des résultats qu'il doit gérer, estime que ce n'est pas son rôle

- Cadre : instaurer un cadre via le lieu du cabinet

- Rapport à la santé de ses proches :

- ne s'immisce pas dans santé de ses proches sauf si sollicité, implication pas toujours choisie
- investissement et implication importantes, perfectionniste, utilise ses compétences médicales pour meilleure santé de ses proches
- sentiment d'obligation de PEC

- Rôle proche médecin :

- réassurance, accompagnement, guide
- prise de temps et considération pour donner avis
- facilite accès aux examens complémentaires, spécialistes
- qualité d'écoute
- reste disponible pour ses proches
- envie d'avoir un rôle de proche et non de médecin
- prêt à tout pour son proche même si ça implique passer par compétences médicales

- En accord avec ses valeurs dans prise en charge de ses proches

Vécu :

- peur : de l'erreur, de décevoir, d'engager la relation
- confrontation à un diagnostic grave :
 - anticipation du diagnostic et pronostic
 - plus de lucidité sur situations médicales et potentiels risques
- stress et angoisse, pression car envie d'une prise en charge exemplaire pour ses proches
- pesant de gérer des situations d'urgence
- peut être vexé si proche ne suit pas son avis
- plaisir de rendre service mais émotions négatives si trop de sollicitations
- fierté de la réussite

Représentation du médecin :

- statut et métier noble
- fierté, pas mise en avant par médecin mais par ses proches

Prise en charge :

- Sollicitations :

- plus fréquentes si difficulté d'accès aux soins, seul médecin dans famille
- moins fréquentes dans cercle amical qui est dans le médical

- Contraste maximisation PEC et minimisation avis par proches

- maximaliste dans PEC car stress et angoisse
- minimisation de l'avis du médecin proche, moins de poids, pas considéré

- Dans l'intimité :

- **physique** : malaise (exemple examen gynéco)

- **psychique** :

- accepte de le faire car appartient à son domaine de compétences
- pas optimal car reste superficiel pour ne pas être trop intrusif et difficulté pour le proche à se livrer complètement

MG18

- **Perte d'objectivité trop importante pour bonne PEC**

F. Modèle explicatif



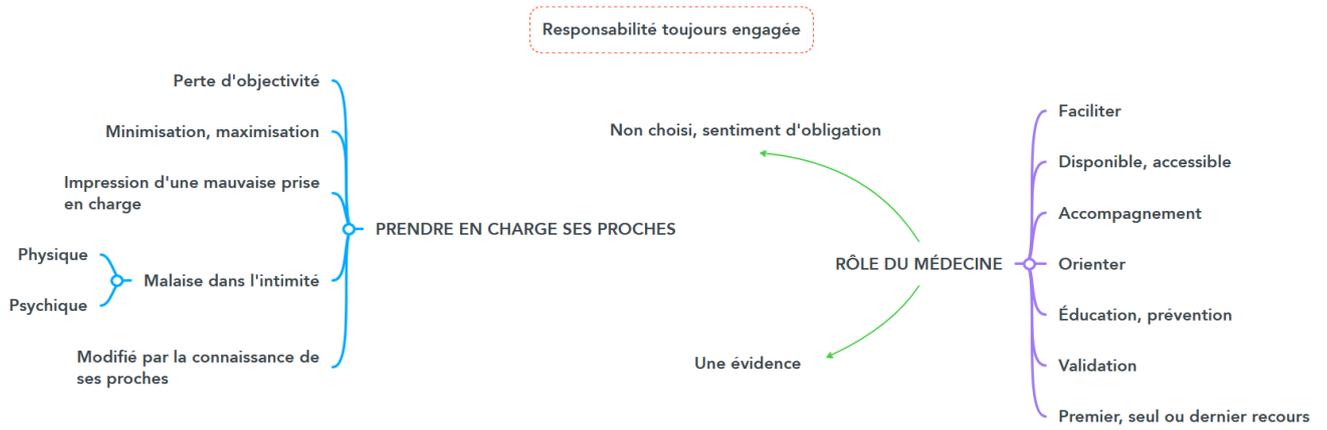


Figure 1. Modèle explicatif : Le vécu et le positionnement du médecin généraliste dans la relation de soin avec ses proches

IX. Le serment d'Hippocrate

*L*e 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.

”