



Année 2017

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

**Mélanie MONS**

Née le 17/05/1988 à Aurillac (15)

---

### **NOS PROCHES PERÇOIVENT MAL LA NATURE DE NOS DIFFICULTÉS À LES SOIGNER**

---

Présentée et soutenue publiquement le **30/05/2017** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Alain CHANTEPIE, Pédiatrie, PUPH, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Philippe COLOMBAT, Hématologie, transfusion, PUPH, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Frédéric BASTIDES, Maladies infectieuses, PH, Faculté de Médecine – Tours

**Directeur de thèse : Docteur Alice PERRAIN, Médecine Générale – La Croix-en-Touraine**

# RÉSUMÉ

**INTRODUCTION.** Chaque médecin est confronté un jour à la demande de soin par un proche. La réponse à apporter pose fréquemment des difficultés aux jeunes médecins. Quand ils sollicitent leur proche-médecin généraliste, les patients ont-ils conscience des difficultés pour ce médecin à exercer ses compétences professionnelles dans un cadre affectif?

**MÉTHODOLOGIE.** Enquête qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés, menée auprès de 12 patients, apparentés au 1<sup>er</sup> degré à un jeune médecin généraliste.

**RÉSULTATS.** Nos proches réalisent de façon empirique que les liens affectifs et familiaux n'apportent que des complications au jeune médecin. Le manque d'objectivité complique l'expertise médicale et la prise de décision. Demander un soin à un proche, c'est impliquer son engagement et lui imposer des responsabilités. Celles-ci peuvent être difficiles à assumer et avoir un impact émotionnel sur le médecin. La confusion des rôles de proche et patient est parfois mal vécue, le statut de proche et médecin doit l'être tout autant. Donc les patients tentent d'épargner leur proche-médecin en essayant de limiter leurs demandes de soin. Mais la situation leur offre trop d'avantages. La demande est irrépressible.

**DISCUSSION.** Le point de vue de chacun dans cette relation complexe diverge : le médecin s'attache à une démarche professionnelle alors que le proche privilégie l'affectif, la sympathie et le rapport de confiance. Les proches n'ont pas notion des compétences professionnelles auxquelles le médecin est tenu, ni des risques de surmédicalisation et de prévention quaternaire. La théorie du « Gut feeling » explique comment les liens affectifs biaisent l'expertise médicale.

**CONCLUSION.** Connaître le point de vue des patients sur la situation peut rassurer les jeunes médecins et les aider à assumer leurs décisions. C'est aux médecins qu'il revient d'établir leur propre ligne de conduite en s'aidant des outils de la littérature et de l'adapter, selon la personne proche, le contexte et leur propre expérience.

**MOTS CLÉS** : Relation médecin – patient. Famille. Médecine générale. Soins. Rôle.

# RESUME

**INTRODUCTION.** Every doctor is facing in his career a consult request by a loved one. Responding to the demand frequently presents difficulties to young doctors. When the patients ask their relative, are they aware of the difficulties it can bring for the doctor to practice his professional skills in an affective setting?

**METHODOLOGY.** Qualitative survey, by semi-directed individual interviews, from 12 patients, related to a young general practitioner on the first degree.

**RESULTS.** Our loved ones realize empirically that emotional and family ties only bring complications to the young doctor. The lack of objectivity complicate the medical expertise and the decision. Asking for a consult to of a loved one implies to involve his commitment and to impose him responsibilities. These can be difficult to assume and have an emotional impact on the doctor. The confusion between the roles of relative and patient is sometimes difficult to live, the status of loved one and doctor must be as well. Therefore, patients try to spare their close-doctor by trying to limit their requests for care. However the situation gives them too many advantages. The demand becomes irrepressible.

**DISCUSSION.** The point of view of both parties in this complex relationship diverges: the doctor is committed to a professional approach while the close one favors the affective, the sympathy and the trust relationship. Relatives do not have the notion of professional engagement the doctor has to commit to, nor the risks of over-medicalization and quaternary prevention. The theory of « Gut feeling » explains how emotional ties can compromise the medical expertise.

**CONCLUSION.** Knowing the patient's perspective on the situation can reassure young doctors and help them in their decisions. It is up to the doctors to establish their own course of action with the help from the tools and literature and adapt it to the situation, depending on the person, context and their own experience.

**KEY WORDS:** Doctor - patient relationship. Family. General medicine. Care. Role.

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

Pr. Patrice DIOT

**VICE-DOYEN**

Pr. Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*  
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Pr. Hubert Lardy, Moyens – relations avec l'Université  
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*  
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

**SECRETAIRE GENERALE**

Mme Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Pr. Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972  
Pr. André GOUAZE - 1972-1994  
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr. Catherine BARTHELEMY  
Pr. Philippe BOUGNOUX  
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN  
Pr. Noël HUTEN  
Pr. Olivier LE FLOCH  
Pr. Yvon LEBRANCHU  
Pr. Elisabeth LECA  
Pr. Gérard LORETTE  
Pr. Roland QUENTIN  
Pr. Alain ROBIER

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU  
– C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN  
– L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI  
– P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE  
– J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y.  
LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH  
– J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT –  
J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ALISON Daniel .....	Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian .....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie clinique
ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....	Cardiologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles .....	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian .....	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BRILHAULT Jean .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck .....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques .....	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain .....	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry .....	Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COSNAY Pierre.....	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
COUET Charles.....	Nutrition
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François .....	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri .....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam .....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan .....	Réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard .....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick .....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves .....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel .....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier .....	Urologie
HALIMI Jean-Michel .....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOMMET Caroline .....	Gériatrie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique .....	Bactériologie-virologie

LAURE Boris .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry .....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel .....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent .....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
PAGES Jean-Christophe.....	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean .....	Ophthalmologie
QUENTIN Roland .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe .....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem .....	Chirurgie digestive
SALIBA Elie .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique .....	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick .....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

LEBEAU Jean-Pierre  
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien .....
 Soins palliatifs || POTIER Alain ..... | Médecine Générale |
| ROBERT Jean..... | Médecine Générale |

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

---

BAKHOS David .....
 Physiologie || BARBIER Louise ..... | Chirurgie digestive |
BERNARD-BRUNET Anne.....	Cardiologie
BERTRAND Philippe .....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire

CAILLE Agnès .....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
DESOUBEUX Guillaume .....	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe .....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie .....	Immunologie
GUILLON Antoine .....	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille .....	Immunologie
HOURIOUX Christophe .....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LE GUELLEC Chantal .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric .....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent .....	Physiologie
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénéréologie
TERNANT David .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess .....	Neurochirurgie

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia .....	Neurosciences
DIBAO-DINA Clarisse .....	Médecine Générale
LEMOINE Maël .....	Philosophie
MONJAUZE Cécile .....	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald .....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale

### **CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA**

---

BOUAKAZ Ayache .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves .....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILLOT Philippe .....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric .....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

---

### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

DELORE Claire ..... Orthophoniste  
GOUIN Jean-Marie ..... Praticien Hospitalier  
MONDON Karl ..... Praticien Hospitalier  
PERRIER Danièle ..... Orthophoniste

### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

LALA Emmanuelle ..... Praticien Hospitalier  
MAJZOUB Samuel ..... Praticien Hospitalier

### ***Pour l'Ethique Médicale***

BIRMELE Béatrice ..... Praticien Hospitalier



# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de  
l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.

# REMERCIEMENTS

## **À Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma sincère reconnaissance pour votre engagement dans l'enseignement et l'assurance de m'avoir transmis la passion d'une médecine humaine, le goût d'une médecine rigoureuse et le plaisir de me former.

## **À Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE**

Vous m'avez fait la faveur de siéger parmi les membres de ce jury. Je vous prie de bien vouloir accepter le témoignage de ma vive gratitude.

## **À Monsieur le Professeur Philippe COLOMBAT**

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Veuillez trouver en ces lignes le témoignage de mon profond respect.

## **À Monsieur le Docteur Frédéric BASTIDES**

Vous me faites l'honneur d'évaluer mon travail. J'ai été très touchée par l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Avec toute ma gratitude.

## **À Madame le Docteur Alice PERRAIN**

Je te suis infiniment reconnaissante, pour l'intérêt que tu as porté à mon travail, ta disponibilité et ta gentillesse.

**À mes professeurs et mes maîtres de stage** : Francis, Nelly, Andréa, Corinne, Blandine, Larissa, Ado, Marie, Annie, Nathalie, Sylvie, Philippe, Alain, vous m'avez transmis votre passion et enseigné avec patience et bienveillance. Je vous en suis infiniment reconnaissante.

**Aux patients** qui ont gentiment répondu à mes sollicitations et contribué à ce travail.

## REMERCIEMENTS PERSONNELS

### **Papa, Maman,**

On l'a fait !!!! Je vous appelais tous les soirs, je vous récitais mes cours si fastidieux, vous m'encouragez quand je n'y croyais pas... et puis j'ai fini par vous sauter dans les bras!! C'était juste hier! Depuis, vous écoutez patiemment le débrief de mes journées, vous me consolez quand je rentre démoralisée d'une journée difficile, vos yeux remplis de fierté apaisent mes doutes. Aujourd'hui ma réussite est entièrement la vôtre. Grâce à vous, je suis devenue le 2<sup>e</sup> « Docteur Mons ». J'ai conscience d'être née sous une très très belle étoile ;) Tous les mots ne traduiraient même pas le millième de mon amour à votre égard ! Mais je vous le dis quand même : Je vous aime.

### **Chou,**

Tu es mon âme, tu es mon cœur, tu es du même sang, tu es ma plus belle histoire d'amour ! Je suis peut-être la plus vieille, mais c'est toi qui m'inspire. J'ai besoin de toi. Love you to the moon and back...and back ;)

### **Antoine,**

Mon petit Prince ! Tu es mon modèle et mon contre-modèle, toujours protecteur, là bien que loin. Je suis ce que je suis aussi grâce à toi. Je t'aime inconditionnellement, sois heureux (Laure, je compte sur toi !).

### **Dady et Nanie,**

Je ne vous remercierai jamais assez de m'avoir fait grandir au sein d'une si belle famille, aimante et bienveillante. Un cocon d'amour, de partage et de bonheur, qui a été le socle de mon épanouissement.

« Dady, je suis sûre que tu es fière de moi »...fin de transmission  
Nanie, t'avoir à mes côtés aujourd'hui est inestimable. Je t'aime si fort.

### **Mamie,**

Je sais que tu serais fière de savoir que j'ai réussi mes études. Ta mémoire te trahit mais ton sourire, qui illumine ton visage si doux, apaise mon cœur dès que je te vois.

### **Chacha et Marie,**

Le trio de choc ! Le gang des casquettes à l'envers ! Peut-être nos promesses sont-elles encore enfouies dans une boîte dans le mur de Rouffiac ? Je me sens tellement bénie d'avoir grandi avec vous! Les filles, merci pour tout ce qu'on a partagé et pour tout ce qui va venir ... Salut' !

### **Mes oncles et tantes,**

Je vous suis infiniment reconnaissante pour votre amour et votre soutien infaillible. Merci de veiller sur moi.

Vava et martine dont les bises sont toujours pleines d'affection.

Bibi et Philippe, vous avez toujours été là. Et ça compte beaucoup pour moi. Merci du fond du cœur.

Bernard et Babeth, j'ai toujours aimé tous les moments avec vous, je me sens comme à la maison avec vous ! Merci pour tout !

Martine et Michel, vous m'inspirez tendresse, gentillesse et bienveillance.

Jean-Pierre, je suis très heureuse de mon aventure à Tours, merci d'avoir pris soin de moi.

**Marraine, Parrain, Pépit', Coco,**

Vous avez toujours eu un regard tendre et encourageant sur moi et ça compte beaucoup.

**Julia, Jojo,**

Depuis 10 ans !! Vous me faites tellement rire, vous me faites tellement pleurer...de rire, vous me rendez tellement heureuse en fait ! Il est loin le temps des 4 innocentes sur le dance floor de l'Oxxo. Ma mémoire de Némoto me fait parfois défaut, mais je me souviens avoir dit une nuit...tard... « non désolé, j'ai des priorités dans la vie, et là, ma copine a besoin de moi »...pas vrai Ju ? Ma loyauté envers vous n'a pas de limite ! Vous êtes mon équilibre...et pour longtemps! Merci les girls ! Que le show continue...

**Juliette**, ton enthousiasme pour tout, tout le temps m'inspire.

**Camille**, même au bout du monde, je pense à toi, et je sais que tu penses à moi ;)

**Jenni**, les amies de mes amies sont mes amies, et j'en suis ravie ;)

**Tatanne**, on va le fêter dignement ce mariage !! gimme gimme more !!!

**Lulu**, la plus grande râleuse de tous le temps, mais c'est ce qui fait ton charme !

**La SSF** : je suis fière de faire partie de cette team de ka-ka, de so-so, de kassos !!

**La team tourangelle :**

**Ode et Max** : Vous êtes tous les deux d'une maturité déconcertante mais tellement inspirante. Un couple magnifique parce que pas parfait ;) un vrai couple d'amis et je tiens à vous ;)

**Les jujus** : cette coloc', ça a été ma meilleure !! Ne changez rien, vous me faites tellement rire !

**Marine et Pierre** : sans vous, je serai tombée en dépression à Orléans ! Tours nous a rapproché, pour le meilleur ;)

**Anna et Val'** : toujours motivée pour tout...les 24h du Mans, les Eurocks, le bout du monde ou juste l'auvergne...rien ne t'arrête ! C'est un régal que de te compter parmi mes amies !

**Antoine**, je suis ravie d'avoir passé 1an1/2 24h/24h avec toi ahah !! Sois heureux !

**Vincent,**

Je me souviens cette conversation avec les filles, il y a déjà quelques années...on devait décrire le mec idéal des autres (truc de filles ;) )... elles ont dressé ton portrait, la chemise de bûcheron en trop. Tu vois, je t'attends depuis longtemps...mon prince charmant est devenu réalité ! La vie me gâte ! xxx

Et puis, ce travail te revient un peu aussi, et je t'en suis sincèrement reconnaissante !

Alors, on n'est peut-être pas dimanche, mais je te le dis quand même... je t'aime !

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	<b>13</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODE</b>	<b>14</b>
<b>RÉSULTATS</b>	<b>15</b>
<b>I. Description de la population</b>	<b>15</b>
<b>II. Les patients ont conscience des difficultés du médecin</b>	<b>16</b>
<b>III. Les bénéfiques à soigner ses proches aux yeux des patients</b>	<b>16</b>
<b>IV. Les difficultés à soigner ses proches aux yeux des patients</b>	<b>17</b>
1. Le manque d'objectivité :	17
2. Les responsabilités qui incombent au médecin	17
a) Les responsabilités personnelles envers son proche	17
b) Les responsabilités envers les confrères	18
c) Les responsabilités envers la société	18
3. Les limites du lien de proximité	18
a) La hiérarchie générationnelle altère la crédibilité du jeune médecin :	18
b) L'intimité physique et psychique	18
c) La confusion des rôles	19
4. Selon la demande de soin, y répondre peut avoir un impact émotionnel sur le jeune médecin	19
a) La pathologie aiguë qu'ils nomment « bobologie ».	19
b) Les pathologies chroniques plus complexes de suivi et de renouvellement	20
<b>V. Comment les patients savent-ils que c'est difficile pour le médecin?</b>	<b>20</b>
1. La communication	20
2. L'expérience familiale	20
3. Les réticences implicites du proche-médecin	21
4. L'influence culturelle	21
<b>VI. Une demande de soin irrépressible</b>	<b>21</b>
<b>VII. Une confiance absolue en leur proche-médecin</b>	<b>22</b>
<b>VIII. Une relation médecin/ patient-proche interactive évolutive complexe</b>	<b>23</b>
<b>IX. Caractéristiques de la demande de soin</b>	<b>23</b>
<b>DISCUSSION</b>	<b>25</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>30</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>31</b>
<b>ANNEXE : GUIDE D'ENTRETIEN</b>	<b>34</b>

# INTRODUCTION

Les demandes de conseils médicaux commencent dès l'école de médecine. La famille et les amis nous demandent d'interpréter des symptômes, des résultats de laboratoire, de les aider à naviguer dans la complexité du système de soins, de leur recommander un spécialiste... Chaque médecin est confronté un jour à la demande de soin par un proche, situation qui met fréquemment le médecin en difficulté.

Historiquement, la famille était le lieu privilégié de la production de soins. Le mouvement général de la médecine a progressivement transféré ce rôle hors de la famille. D'une part, l'extrême sophistication de l'expertise médicale justifiait l'institutionnalisation en hôpitaux. D'autre part, des préoccupations sanitaires et éducatives justifiaient l'intervention étatique. Dès lors, les compétences médicales et l'autorité médicale ont été reconnues et légitimées par le corps social comme les seules aptes à guérir. Dans ce contexte, T.Percival(1), médecin et philosophe anglais, a été le premier en 1849 à questionner l'éthique médicale à soigner ses proches : le succès d'une médecine thérapeutique efficiente, objective et rationnelle exclut le monde subjectif de la famille caractérisé par les émotions et l'affectif.

À la fin du XXe siècle, les travaux se multiplient. La Puma et Priest(2) formulent en 1992 sept questions à se poser avant de répondre à une demande de soin et invitent ainsi les médecins à une réflexion personnelle. En France, depuis les années 2000, de nombreux travaux s'intéressent à la difficulté, pour les médecins, à soigner leurs proches(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)(10)(11)(12). Les sentiments subjectifs du médecin s'accommodent mal de l'objectivité nécessaire à l'action de soigner : perte de distance, sous ou sur médicalisation, confusion des rôles entre devoirs intimes et devoirs professionnels, peur du médecin d'être jugé par la famille ou de décevoir, complexification des relations avec les confrères, réserve sur l'autonomie du patient et le consentement éclairé... autant de difficultés à l'origine d'événements indésirables.

Il n'existe pas de consensus ni cadre législatif dans le code de déontologie médicale français(13) encadrant la prise en charge spécifique des proches ou de la famille en médecine générale, tous recommandent fortement aux médecins de ne pas soigner leurs proches ou au moins d'y avoir réfléchi en amont.

Les nouvelles générations de médecins semblent d'autant plus sensibles et en difficulté face à cette problématique du fait de :

- leur jeune expérience et de la peur d'être testé ou décrédibilisé
- l'inversion d'autorité face à des patients souvent plus âgés
- l'évolution des pratiques accompagnée d'une réflexion sur les compétences professionnelles du médecin et les nouvelles représentations de l'acte médical

En pratique, la demande des proches est inévitable. Peu de travaux se sont intéressés au point de vue des patients(14)(15), 2e protagoniste principal dans cette relation médecin-proche/patient.

Quand ils sollicitent leur proche-médecin généraliste, jeune diplômé depuis moins de 5 ans, les patients, majeurs, ascendants au 1er degré, atteints d'une maladie chronique traitée, ont-ils conscience des difficultés pour ce médecin à exercer ses compétences professionnelles dans un cadre affectif ?

# MATÉRIEL ET MÉTHODE

## CHOIX DE LA MÉTHODE :

Il s'agit d'une enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés selon un guide d'entretien.

## RECRUTEMENT :

Les patients ont été recrutés dans l'entourage de jeunes médecins généralistes, installés depuis moins de 5 ans, et contactés de proche en proche selon la méthode « boule de neige », jusqu'à saturation des données.

Les critères d'inclusion étaient :

- être majeur,
- avoir déjà sollicité un médecin généraliste appartenant à sa famille au 1er degré (grands-parents, parents, enfants, frère/ sœur) et installé depuis moins de 5 ans,
- et avoir un traitement au long cours dans le cadre d'une maladie chronique justifiant un suivi régulier par le médecin traitant.

Ont été exclus :

- les patients géographiquement éloignés
- les patients incapables de donner leur consentement oral

## ÉLABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN :

Le guide d'entretien comportait plusieurs thématiques, ayant déjà fait l'objet d'étude dans la littérature. Le guide a d'abord été expérimenté auprès d'un patient. Cet entretien « test » a permis de tester les thématiques abordées et de roder l'enquêteur. Il n'a pas été inclus dans l'étude.

Le lieu des entretiens a été laissé à la convenance du patient. L'anonymat a été garanti au patient.

## RETRANSCRIPTION ET ANALYSE DES RÉSULTATS :

Avec l'accord oral des patients, les entretiens ont été enregistrés sur support audio puis intégralement retranscrits. Les données recueillies ont été codées à l'aide de mots clés dans une grille d'analyse puis regroupées par une analyse thématique.

# RÉSULTATS

## I. Description de la population

12 entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données. Ils ont duré entre 11 et 24 minutes. L'enquête a duré de décembre 2016 à avril 2017. 6 hommes et 7 femmes ont été interrogés. Tous avaient un traitement au long cours pour une maladie chronique. Ils avaient tous un médecin traitant tiers, qu'ils voyaient régulièrement.

Le tableau suivant récapitule les caractéristiques sociologiques des patients.

Entretien n°	Sexe /Age	Lien parenté	Traitement	Jeune médecin installé depuis	Lieu de vie
1	Homme 62 ans	Père	kardegic/ statine/ antihypertenseur/ hormonothérapie orale	Fille 32 ans depuis 3 ans	Même département
2	Femme 66 ans	Mère	statine/ antiacide	Fils 34 ans depuis 3 ans	Département limitrophe
3	Homme 68 ans	Père	antihypertenseur/ statine	Fils 34 ans depuis 3 ans	Département limitrophe
4	Femme 56 ans	Mère	thymorégulateur	Fille 29 ans depuis 1 an	Même ville
5	Homme 58 ans	Père	antiacide au long cours	Fille 29 ans depuis 1 an	Même ville
6	Homme 69 ans	Père	kardegic/ statine/ antihypertenseur/ Bbloquant/ Xbloquant	Fille 32 ans depuis 2 ans	Même département
7	Femme 67 ans	Mère	antihypertenseur	Fille 32 ans depuis 2 ans	Même département
8	Homme et femme 69 ans	Père et mère	levothyrox/ statine/ antihypertenseur	Fille 29 ans depuis 1 an	Même département
9	Homme 70 ans	Père	antihypertenseur/ statine	Fils 33 ans depuis 6 mois	Département limitrophe
10	Femme 30 ans	Soeur	levothyrox	Soeur 32 ans depuis 3 ans	Même ville
11	Femme 55 ans	Mère	antihypertenseur	Fille 31 ans depuis 1 an	Département limitrophe
12	Femme 59 ans	Mère	Levothyrox/ antihypertenseur	Fils 35 ans depuis 3 ans	Même ville



## **II. Les patients ont conscience des difficultés du médecin**

Les proches ont conscience que la situation est problématique pour le médecin :

- « je ne vois que des difficultés »,
- « je veux séparer les choses, ça serait embêtant si... pour elle... »

Leur raisonnement est :

- parfois très clair :

- « c'est un choix de séparer les choses »,
- « je veux vraiment séparer les choses pour elle et pour moi »,

- parfois tâtonnant :

- « ben... je ne sais pas »,
- « ... »

-souvent complètement paradoxal :

- « je ne lui ai jamais demandé de m'ausculter [...] je lui ai demandé si elle avait un stéthoscope »,
- « je ne pourrais pas le voir comme un médecin[...] mais je n'hésite pas à lui demander si des fois j'ai un petit truc...ou un truc grave d'ailleurs ».

Au final, leur ligne de conduite est floue.

La question posée par ce travail les intéresse :

- « c'est un sujet intéressant, c'est vrai que ça nous perturbe un petit peu »,
- « je lui poserai la question maintenant ».

Les interviewés n'ont pas toujours réfléchi au sujet en amont voire ne l'ont jamais abordé :

- « c'est pas très développé ce que je peux vous dire tout de suite »,
- « je me suis pas vraiment posé cette question ».

Ce sujet et ces questions nécessitent de poser des mots sur des émotions et de décrire des sensations, exercice souvent difficile, qui suscite de nombreuses hésitations [...], et des réflexions à chaud « plus ou moins construites ».

## **III. Les bénéfices à soigner ses proches aux yeux des patients**

1. À l'unanimité, les proches ont répondu "AUCUN".

- « Il n'y a pas d'avantage, j'en vois pas », « vous en voyez vous ? »
- « je ne vois aucun avantage pour elle, je ne vois que des difficultés »,
- « en cas de problème, est ce qu'il n'y aurait pas un désavantage plutôt qu'un avantage... »

2. Après relance, pour certains, le lien de proximité et même affectif permettait au médecin d'avoir une très bonne connaissance de son proche et de son environnement, donc de mieux le soigner et de gagner du temps :

- « ça pourrait être intéressant pour lui d'avoir ce regard qui lui permettrait d'apporter quelque chose »,
- « elle sait comment je suis, elle peut me guider »,
- « le seul avantage...c'est important de connaître le caractère du patient peut-être quand on le soigne, ça aide ».

3. Une personne interrogée a évoqué l'avantage de pouvoir participer activement à la prise en charge de son proche si celui-ci venait à perdre son autonomie et son indépendance.

Un médecin pouvait ainsi mieux maîtriser la situation en tant qu'acteur :

- « si on vieillit et qu'on est plus suffisamment capable, je pense que notre fille-médecin s'inquiéterait et donc nous soignerait parce qu'elle aurait l'impression de mieux maîtriser la situation »

**Les patients ont conscience que leur proche médecin ne tire aucun bénéfice à les soigner et perçoivent même certaines difficultés.**

## **IV. Les difficultés à soigner ses proches aux yeux des patients**

### **1. Le manque d'objectivité :**

Les patients s'interrogent sur la clairvoyance du jugement médical rendu par un médecin-proche :

« Est ce qu'on peut soigner de la même façon quand on est impliqué émotionnellement ou pas ? »

« est-ce qu'on a un jugement ... sans se faire influencer par l'affectif ? »,

« c'est très difficile pour un médecin de mélanger le côté affectif et le côté soin ».

Le médecin n'aurait alors plus le recul nécessaire pour soigner correctement :

« parce que j'étais sa mère, elle voulait prendre zéro risque[...]alors qu'on était à 60km de l'hôpital, là, j'ai eu une toute petite expérience qu'elle n'avait pas eu le recul qu'elle aurait eu avec un autre patient ».

« j'avais un rendez-vous à l'hôpital très tardivement, il a voulu que j'aille plus rapidement à la Clinique, lui qui est très hôpital, là j'ai compris qu'il y avait le côté affectif »

Face à un patient et proche, les décisions médicales sont plus difficiles à prendre :

« c'est plus compliqué de prendre la bonne décision »,

« je suis sûre qu'elle aurait besoin d'en parler avec une collègue ».

D'autres ont évoqué la peur de se tromper :

« il aurait beaucoup plus peur de se tromper par rapport à nous »,

« si elle voulait faire trop d'exams pour être sûre de ne pas se tromper »,

« il s'applique bien pour pas se tromper j'ai l'impression »

Quand la relation est trop fusionnelle, la sympathie remplace l'empathie »,

« y aurait un machin trop fusionnel pour que ça fonctionne »

« on est très soudé donc je pense que c'est un peu dur »,

« il voyait bien que j'avais mal, c'est lui qui a proposé »

Le jeune médecin n'a pas l'expérience pour gérer cette confusion des sentiments :

« ça fait pas si longtemps qu'elle consulte, donc elle a pas d'expérience [...] je ne veux pas lui faire porter cette responsabilité »

**Les patients reconnaissent que le lien affectif et familial rend difficile, pour le jeune médecin, de garantir des soins objectifs et optimaux, et d'assumer ses choix médicaux.**

### **2. Les responsabilités qui incombent au médecin**

« je ne voudrais pas l'engager... »,

« c'est toujours plus délicat s'il avait à engager sa responsabilité... »,

« j'estime que chaque individu à ses responsabilités à assumer, et ça en fait partie »

#### **a) Les responsabilités personnelles envers son proche**

Les patients reconnaissent engager personnellement leur proche médecin au moment de faire le diagnostic et de l'annoncer :

« c'est trop de responsabilités, c'est trop flippant, vous les médecins, vous êtes formés à voir toujours le pire »

« si elle découvre un truc trop grave, comment l'annoncer aussi? »,

« est ce qu'on doit dire la vérité/pas la vérité?[...] il déformerait je pense, pour ne pas nous affoler »,

« je ne sais pas si c'est aussi facile avec sa famille d'être très carré s'il y a des choses difficiles à annoncer par exemple. Il peut y avoir une perte de confiance, parce que pour ne pas avoir à me le dire, elle va peut-être m'orienter vers quelqu'un, mais ça veut dire qu'elle le savait »

**Le médecin, détenteur d'un savoir médical, dispose d'informations possiblement anxiogènes, qu'il ne peut pas toujours partager, dans le but de protéger ses proches, non avertis.**

Pour les patients interrogés, demander un soin à leur proche-médecin, c'est lui imposer la responsabilité de prendre leur santé en charge :

« ça peut être lourd »,

« c'est une charge si les parents se reposent sur leur enfant pour leur santé alors qu'on a le choix d'aller chez un médecin »,

« c'est la mettre dans une situation de ne pas être tout à fait libre vis-à-vis de nous »

#### b) Les responsabilités envers les confrères

Les patients ont une image idéalisée des relations confraternelles, toujours très respectueuses :

« ce qu'elle nous dit quand même c'est "fait confiance à ton médecin traitant »,

« si ça va pas, va revoir ton médecin »,

« il ne la connaît pas mais avec ses collègues... l'éthique... »

Aucun ne décrit de situation conflictuelle.

#### c) Les responsabilités envers la société

Aucun n'y a fait allusion, que ce soit les obligations juridiques comme tenir un dossier médical et justifier d'une prescription :

« elle me renouvelle mes ordonnances, mais elle ne demande pas plus »

ou certifier la valeur d'un certificat :

« ma femme fait de la gym, elle va pas voir son médecin pour signer le certificat »

ou que ce soit les obligations d'une médecine efficiente, de qualité au moindre coût :

« elle sera encore plus énergique pour nous », « c'est un plus »

### **3. Les limites du lien de proximité**

#### a) La hiérarchie générationnelle altère la crédibilité du jeune médecin :

« l'autorité médicale d'un médecin extérieur par rapport à moi est plus forte qu'avec ma fille, que je considère en plus comme une débutante [...] c'est pas facile pour elle je ne suis pas docile »,

« j'ai pas de doute sur sa compétence, je la pense très sérieuse, mais bien sûr que son âge et son expérience interfèrent ».

L'autorité acquise par le statut de médecin renverse les codes sociologiques et déstabilise aussi bien patient que médecin-proche:

« que les parents demandent un service à leurs enfants, c'est pas dans l'ordre des choses[...] ça serait un peu comme les parents abusifs »,

« ce n'est pas son rôle dans la famille, je préfère qu'elle consacre son temps à élever les enfants »,

« je ne pourrais pas le voir comme un médecin, je le vois comme mon fils »,

#### b) L'intimité physique et psychique

De nombreux patients se montrent pudiques, sur le plan physique :

« je ne lui demanderai pas un examen gynécologique, moi ça me gênerait »,

« il y a une pudeur aussi, je ne sais pas si j'aimerais que mon fils m'examine corporellement »

mais surtout, ils sont très attachés à préserver leur propre intimité psychique :

« c'est ma vie, ça ne regarde pas ma fille »,

« est-ce qu'il faut absolument rentrer dans l'intimité de ses parents? »,

« y a des choses qui ne sont peut-être pas non plus bonnes à dévoiler sur le plan de la relation parents/enfants »,

« j'ai ma vie, je me soigne comme je veux, elle a pas besoin de tout savoir sur moi non plus »

Cela favorise une rétention d'informations pénalisante pour le médecin-proche :

« je n'ai pas à répondre à toutes les questions qu'aurait à me poser le médecin qui serait ma fille, je ne vois même pas comment elle pourrait avoir un diagnostic éclairé »

#### c) La confusion des rôles

Parce qu'ils le vivent eux-mêmes, les proches prennent conscience de la complexité de la confusion des rôles :

« elle n'est plus dans la position du médecin mais dans la position de la fille qui voit son père en difficulté et ça, c'est pas bon »,

« moi je vends des voyages, j'aime pas beaucoup quand il y a des gens que je connais bien qui viennent acheter mes voyages parce que je me sens impliquée...si ça se passe mal, c'est difficile, donc c'est pareil pour S. »

**Le statut de « proche et patient » est parfois vécu comme malaisé. Par raisonnement miroir, ils attribuent les mêmes difficultés au statut de « proche et médecin ».**

#### **4. Selon la demande de soin, y répondre peut avoir un impact émotionnel sur le jeune médecin**

Les patients ne se sont pas toujours interrogés sur ce que pouvait ressentir leur proche médecin au moment de répondre à leurs sollicitations :

« ben je ne sais pas »,

« c'est une question difficile »,

« je vous dis ce qui me passe par la tête parce que je me suis même jamais posé la question »

Ils ont conscience que ça « doit globalement être difficile » avec une « charge émotionnelle très forte » pour le médecin. Cela représente des soucis supplémentaires à la charge émotionnelle quotidienne qu'encaisse n'importe quel médecin :

« de nous soigner nous, ça lui rajouterai de la douleur, à toute la misère qu'il voit déjà ».

Les proches distinguent :

#### a) La pathologie aigüe qu'ils nomment « bobologie ».

Les actes techniques purs :

« elle nous a piqué pour la grippe [...] parce qu'elle était là, on suppose qu'elle sait le faire, c'est commode »,

« pour vraiment des choses très courantes, il peut me dépanner »

et les pathologies aiguës bénignes ou épidémiques :

« souvent le bébé nous apporte pas mal de chose...ouh mais de toute façon c'est un rhume, prend du Doliprane », [...] il a un rôle de conseil »

« il veut bien comme ça pour des choses simples et pratiques »,

**Donc ces situations sont, pour eux :**

**des « situations de bon sens », « non impliquantes », qui « n'engagent pas le médecin » et qui donc « sortent du registre de l'affectif ».**

**Le médecin :**

« **partage ses compétences** » et « **rend service au minimum** », « **en dépannage** ».

« bien sûr, dépanner, y a aucun problème, c'est ce qu'il me dit »

« c'est juste de la compétence qu'elle a la gentillesse de partager si ça doit arriver »

**Cela lui est complètement « neutre » voire lui procure « un sentiment d'utilité », « de satisfaction », « il est content de pouvoir renseigner ».**

« elle répond, elle essaie d'aider les gens »,

## b) Les pathologies chroniques plus complexes de suivi et de renouvellement

Elles nécessitent de connaître son patient et « impliquent plus d'engagement ». Dans ces situations-là, les patients imaginent que soigner ses proches :

- génère de l'angoisse à voir son proche souffrir :
  - « de l'angoisse parce qu'elle est dans la position de la fille qui voit son père en difficulté »,
  - « c'est trop de responsabilités, c'est trop flippant, vous les médecins, vous formés à voir toujours le pire [...]ça ne sert à rien qu'elle aille s'inquiéter au motif qu'elle est médecin »,
  - « ça peut créer de l'angoisse parce que le médecin sait des choses qu'il ne dit pas forcément »,
  - « Y a beaucoup de médecins, dès qu'ils voient un symptôme, peuvent s'angoisser en disant « ça pourrait être ça, ça, ça »...extrapoler plein de choses... des fois c'est bien d'être dans l'ignorance, on est plus tranquille. Je trouve que c'est une source d'angoisse terrible »
- génère du stress :
  - « il aurait plus peur de se tromper par rapport à nous que par rapport à ses patients »,
  - « elle pourrait avoir peur de passer à côté de quelque chose »,
- est vécu comme une obligation :
  - « elle pourrait trouver ça lourd parce que finalement on lui impose de s'impliquer dans notre santé alors que le choix d'aller chez le médecin existe. Elle pourrait ressentir un manque de liberté ».

## V. Comment les patients savent-ils que c'est difficile pour le médecin?

### 1. La communication

Patients et médecins-proches ne discutent pas entre eux de la complexité de cette relation si unique :

- « je crois que c'est tacite entre nous »,
- « on n'en a pas parlé non »,
- « il est médecin je pense que...enfin je lui ai pas posé la question »

Parfois le médecin aborde le sujet avec ses proches :

- « elle nous l'a dit franchement qu'elle ne voulait pas nous soigner »
- « on en a parlé au début, il m'a dit qu'il ne pensait pas soigner la famille, voilà. »

Il n'explique pas forcément les raisons de son refus :

- « au début on comprend pas »,
- « on sait pas toujours son ressenti vis-à-vis de nous »,
- « pourquoi P. nous répond, « je ne veux pas vous soigner ? » est-ce parce qu'on vous l'apprend dans votre formation ? ou est ce qu'il s'est laissé influencer par sa tante ? Je ne sais pas »

### 2. L'expérience familiale

Les patients apprennent de leur propre vécu :

- « c'est avec des tas de petites expériences comme ça que je me suis formée ces règles de vie dans les rapports avec ma fille médecin »,
- « ma sœur médecin m'avait filé une info à laquelle je n'avais pas accès, j'ai pas dormi de la nuit »

Les exemples dans l'entourage les aident également à réfléchir au sujet :

- « je crois que c'est un peu général. On connaissait d'autres personnes qui aiment pas tellement, enfin s'impliquer vraiment dans les soins, surtout d'un parent »

### **3. Les réticences implicites du proche-médecin**

Les patients interprètent le comportement du médecin :

- « ben d'un côté il est attentionné, je sens bien qu'il a envie qu'on aille bien, mais en même temps je sens chez lui qu'il n'a pas envie d'interférer dans les soins »,
- « Il dit « au ben moi le week-end je ne suis plus rien, je fais rien! » Voilà donc on sent qu'il est un peu réticent, que ça le fait suer »,
- « peut-être qu'implicitement son attitude a fait que j'ai fini de prendre mes distances »,
- « typiquement, elle vient en vacances avec nous, elle n'emmène aucun matériel, ce qui signifie clairement qu'elle n'est pas médecin, elle vient se reposer et se faire offrir des bûches aux marrons »,
- « je le vois bien faire, il ne soigne pas ses enfants, il préfère ne pas tout mélanger ».

Les patients essaient de s'adapter. Dans l'intérêt de leur « proche-médecin », ils évitent de faire trop de demandes de soin, pour le protéger et l'épargner :

- « je ne le harcèle pas du tout [...] j'ai pas envie de le perturber »,
- « je n'aurai pas demandé à P. parce que ça voulait dire que j'étais pas bien [...] je crois qu'on les protège nos enfants »,
- « c'est plutôt pour ne pas l'embêter elle, moi ça m'embêtera pas »

### **4. L'influence culturelle**

Une patiente, d'origine danoise :

- « Je ne lui ai jamais rien demandé. Même de prendre ma tension, je ne lui demande pas. Pour moi la médecine, c'est une responsabilité individuelle du patient. Alors soit on prend rendez-vous et on fait une consultation, mais on ne demande pas juste au coin d'une table « ah ben c'est un petit truc qu'est qu'il faut qu'on fasse ? » Pour moi c'est plus carré. Je viens du Danemark, et pour beaucoup de choses on est carré. On tient beaucoup à la responsabilité individuelle mais dans beaucoup de domaines »

En comparaison, les autres interviewés ont répondu :

- « il y a quand même une différence entre ce que l'on veut et ce que l'on fait, on sait qu'on va le perturber à lui demander, et pourtant on a très envie de le faire. Et je pense qu'il y a quand même pas mal de proches qui doivent demander en priorité à leur fils ou à leur fille médecin »

### **VI. Une demande de soin irrépressible**

Les patients interrogés sont tous suivis par un médecin traitant tiers mais ne peuvent s'empêcher de solliciter leur proche-médecin :

- « Il me l'a dit, on vous demande de ne pas soigner vos proches [...] je trouve ça sage. Mais là c'est même idiot. S'il se trouve là, je vais pas prendre rendez-vous chez mon médecin pour une angine ou... une otite ! »

Même si les patients ont parfois un sentiment de sous-investissement de la part de leur proche pour les choses bénignes :

- « elle répond toujours vite »,
- « prend du Doliprane, point final. C'est assez vite vu »,
- « je peux vous dire, il s'est pas étendu... »

Avoir un médecin sous la main, procure beaucoup trop d'avantages :

C'est pratique :

- « quand elle est là, les uns et les autres lui demandent »,
- « on compte sur elle quand on est dans notre résidence secondaire »,
- « c'est commode ».

C'est confortable :

- « quand il y a quelque chose, j'aime bien lui demander ce qu'elle en pense »,
- « elle me connaît, elle sait comment je suis[...]elle peut me guider »,
- « son rôle de conseiller est très appréciable ».

L'accès aux soins de premier recours est facilité :

« je lui ai demandé quelques ordonnances parce que notre généraliste est tellement bookée qu'aller la voir juste pour une ordonnance, c'est un peu pénible »,  
« on a pas toujours un rendez-vous parce que les peu de médecins sont débordés, alors des fois, on s'en sert »

L'accès aux spécialistes est facilité :

« s'il m'arrive quelque chose de grave, elle va prendre son téléphone pour téléphoner au spécialiste »,  
« dans son cabinet, y en a un qui fait un peu de médecine du sport, elle nous avait orienté » ,  
« pour voir un spécialiste, elle pourrait accélérer la chose »

Le proche-médecin traduit le langage médical :

« on sait ce que sont les milieux médicaux et des fois, avoir un compte-rendu un peu précis... »,  
« c'est plus des explications qu'on a pas eu chez le médecin, parce que chez le médecin, on y reste le temps d'une visite voilà »

Les patients savent que le lien affectif garantit une loyauté infaillible en cas de besoin :

« j'aurai besoin d'un avis sérieux sur un problème sérieux, il le donnerait »,  
« en tout cas, on a su garder une rapport de confiance, un rapport qu'on a entre nous de toute façon, mais aussi dans ce domaine là »

Au-delà du médecin, ils ont besoin du proche et de son soutien :

« si je l'épargne tout de suite pour des bagatelles, je sais très bien que s'il y avait quelque chose de sérieux, on ne l'écartera pas [...]mais ça serait plus pour du soutien de la part de mon fils »,  
« après mon hospitalisation, elle m'a soutenu dans une relation mère-fille »,  
« si je devais faire le 15, je le ferai, mais aussitôt après je l'appellerai pour qu'elle vienne »

## **VII. Une confiance absolue en leur proche-médecin**

Le lien familial et l'inexpérience du jeune médecin sont propices à plus de négociations et de discussions :

« on a peut-être plus facilement à contredire le médecin quand il est dans la famille, on ferait pas ce genre de chose avec un autre »,  
« si je dis ça à mon cardiologue, ça mort pas. Avec un proche, ça donne lieu à débat ».

Quand le médecin perd son statut professionnel, l'observance est remise en cause:

« elle m'a donné une écho mais je traîne à la faire »

Pour autant, les patients font une confiance absolue en leur proche-médecin :

« Des fois, on aimerait bien demander un peu plus parce qu'on lui fait confiance »,  
« De toute façon je n'y connais rien, donc si elle me dit de faire comme ça, je fais comme ça »

Sur le plan de l'expertise médicale, les patients n'envisagent pas l'erreur médicale possible ou grave :

« il me semble que pour la prise en charge, c'est pas moi que ça gênerait tellement, au contraire, c'est un plus »,  
« je ne pense pas qu'il puisse y avoir d'erreur diagnostic, parce que s'il a un doute, il nous enverra vers un confrère »,  
« il serait encore plus énergique pour nous »,  
« L'erreur est humaine[...] mais même s'il se trompe c'est pas grave. Je trouve que tout le monde a le droit de se tromper »

Les patients ne remettent pas en doute les connaissances du jeune médecin ni son professionnalisme :

« je prends ma fille pour un bon docteur »,

« c'est ma fille, je la pense très sérieuse, même si forcément quand on débute, on a des connaissances qui viennent du courant principal et non pas d'une expérience personnelle qu'on n'a pas »,

« Je trouve qu'il a eu beaucoup de courage. Je l'admire pour tout ce qu'il fait. Il a très bien travaillé. Et je trouve que son diagnostic est très juste, je fais très confiance à ce qu'il me dit ».

### **VIII. Une relation médecin/ patient-proche interactive évolutive complexe**

C'est là toute la complexité de cette relation unique, qui évolue avec le temps

« peut être que quand on sera vieux et dépendants...? »

et le contexte

« peut être que si j'avais quelque chose de grave...? ».

Une relation qui, en plus, n'est pas une relation de médecin/patient classique, et qui n'est pas non plus une relation de parent/enfant classique. Il s'agit d'une relation où les rôles se cumulent et s'entremêlent et où chacun ne sait plus trop où placer le curseur.

Que ce soit le parent-patient :

comme ce papa qui dit :

« je ne lui demanderai pas, ou juste des petits conseils comme ça « mais qui rajoute dans la phrase d'après » c'était un dimanche matin sur un marché, je lui ai dit que j'étais oppressé à la poitrine [...] je lui ai demandé si elle n'avait pas un stéthoscope »

ou cette maman qui raconte :

« c'est pas des demandes de soin...mais pour cette histoire d'infection urinaire, je prends des antibio depuis 10ans. Combien de fois je lui ai demandé « est ce que je peux continuer ? » « est ce qu'il faudrait pas que j'arrête ? »... »

ou inversement le patient-parent :

« je n'ai pas à répondre à toutes les questions qu'aurait à me poser mon médecin qui serait ma fille quoi. Je ne vois même pas comment elle pourrait avoir un diagnostic éclairé ».

Et que ce soit le médecin-proche :

« elle nous envoie chez notre médecin et nous demande ce qu'on s'est fait prescrire ». À la question : « C'est vous ou elle qui êtes demandeur? », il répond : « ça peut être l'un ou l'autre »

ou inversement le proche-médecin :

« il voyait bien que j'avais mal, c'est lui qui m'a proposé »

### **IX. Caractéristiques de la demande de soin**

La demande de soin est systématiquement ponctuelle et occasionnelle :

« on lui demande de temps en temps »,

« mais c'est exceptionnel »,

« on ne lui demande que des conseils en fait ».

La demande de soin est systématiquement informelle et non rémunérée :

« Est ce que ça nous viendrait à l'idée de dire "j'ai besoin d'une consultation, viens me voir dans la chambre ? » ,

« à un repas de famille, ses frères lui posent des questions parce qu'ils ont besoin aussi »,

« ça ne s'est jamais produit qu'on la paie ».

La demande de soin est déterminée selon l'accès aux soins, corrélé aux problématiques de déserts médicaux et de pénurie de médecins :



« ici on a nos médecins, on compte sur elle plus quand on est dans notre résidence secondaire »  
« on habiterait à la campagne, l'accès aux soins serait plus compliqué, ça changerait la donne »,  
« on vient de déménager, ça a pas été facile, parce que les médecins ne prennent plus de nouveaux patients ».

Les motifs des demandes de soin sont variés, du simple soutien moral :

« ça serait plus pour du soutien de la part de mon fils »

ou conseil :

« il me dit « fais attention, si ça va pas, tu vas la revoir[...] Il me donne des conseils comme ça »,

jusqu'à une demande de diagnostic :

« elle a mis un nom dessus parce que moi je savais pas »

ou une demande de conduite à tenir :

« elle m'a dit de prendre une consultation chez lui ».

# DISCUSSION

## **Notre étude comportait plusieurs limites et biais.**

La première limite provient de la constitution du corpus de patients qui s'est fait par l'intermédiaire des médecins généralistes, de proche en proche. Même si l'enquêteur ne connaissait aucun interviewé, un biais de désirabilité sociale est possible.

Deuxièmement, le manque d'expérience de l'enquêteur dans la conduite des entretiens pourrait entraîner un biais d'intervention : les questions pouvant être trop directives ou fermées, limitant la fluidité et le libre cours des pensées. Cela pourrait expliquer aussi que la saturation des données, qui a été déductive et soumise à la subjectivité de l'enquêteur, ait été assez précoce (10<sup>e</sup> entretien).

Il n'y a pas eu de triangulation des données ni de double lecture au moment de l'analyse engendrant un biais d'interprétation. Les conceptions personnelles de l'enquêteur ont pu interférer avec une neutralité analytique.

Enfin, les questions posées faisaient appel aux souvenirs et au vécu des patients, ce qui implique toujours un possible biais de mémorisation.

## **Les proches-patients percevaient, de façon empirique, la plupart des difficultés des médecins à appliquer leur savoir-faire dans un contexte affectif : manque d'objectivité, engagement personnel, prise de responsabilités, impact émotionnel, limites du lien de proximité... Bien qu'ils aient du mal à comprendre en quoi ces difficultés justifieraient un refus de soins ou justifieraient leur abstention à demander**

Notre travail confirme les résultats de 3 thèses interrogeant le ressenti des patients (11)(14)(15).

Le point de vue des patients converge sur de nombreux points avec le point de vue des médecins généralistes (3)(5)(6)(16)(17). Les médecins avouent avoir des difficultés à pratiquer une médecine rigoureuse à cause de conditions d'examen anarchiques par téléphone ou au milieu du salon, sans examiner entièrement, gênés par leur propre pudeur ou celle de leurs proches. Ils reconnaissent également une prise en charge modifiée par rapport à un patient classique avec une tendance à minimiser ou au contraire à surmédicaliser. Ils appréhendent un manque d'objectivité et rapportent une « peur de mal faire », « un manque d'assurance ». Ils redoutent les « reproches de la famille en cas d'erreur diagnostique » ou de « défaut de compétences » et ils craignent une « répercussion sur les liens affectifs » s'ils osent s'opposer, se sentant donc obligés de s'impliquer. Ils explicitent aussi des difficultés relationnelles avec les confrères. Certaines situations à forte charge émotionnelle impactent leur propre bien être. La confusion des rôles entre devoirs intimes et devoirs professionnels est parfois mal vécue.

Les jeunes médecins ressentent d'avantage de difficultés que leurs confrères plus âgés et plus expérimentés(5)(18). Les internes éprouvent la « sensation d'être testé » et la « peur de perdre leur crédibilité »(19). L'inversion d'autorité, face à des patients plus âgés, accentue les difficultés de positionnement des jeunes médecins. La nouvelle génération semble plus réticente à soigner ses proches(6). Les jeunes médecins devraient être rassurés d'apprendre que leurs proches comprennent leurs difficultés à les soigner. Cela pourrait les encourager à verbaliser ces difficultés avec leurs proches.

## **Les proches-patients avaient conscience que l'objectivité et la distance nécessaires pour soigner étaient mises à mal par les sentiments affectifs.**

En tant qu'expert médical, « le médecin utilise ses connaissances, développe des attitudes professionnelles et une stratégie de gestion de l'incertitude pour recueillir et interpréter l'information, prendre des décisions appropriées et pratiquer des interventions préventives, diagnostiques et thérapeutiques ». La décision médicale est fondée sur des éléments objectifs rationnels et subjectifs intuitifs. La connaissance scientifique seule (Evidence Base Medecine), comme base de l'expertise, n'est pas un guide suffisant. Les cliniciens compétents intègrent inconsciemment de l'information, venant de l'environnement et s'accompagnant de sensations corporelles intuitives, pour orienter la poursuite de leur réflexion(20). Les premiers à étudier la place, l'ampleur et la pertinence de l'intuition, qui

appartient au subjectif, dans les processus de décision médicale, sont Stolper et al. (21). Ils ont démontré que cette intuition, nommée « Gut feeling », joue un rôle important dans le processus de raisonnement diagnostique des médecins généralistes. Cette intuition se traduit soit par un sentiment d'alarme, « Ca cloche », comme un malaise vécu par le médecin qui va s'inquiéter d'une issue défavorable sans autre élément objectif. Soit au contraire, par un sentiment de réassurance comme une impression de sécurité et de sérénité alors que le médecin n'est pas certain du diagnostic. On pourrait alors se dire que la relation de proximité existant entre un médecin généraliste et un proche-patient serait un élément favorable à cette intuition. En fait, pour le praticien, la proximité biaise le déclenchement de ses sentiments de réassurance ou d'alarme. Soit la sensation de réassurance est trop rapidement perçue : l'affect, avec le manque d'objectivité qu'il engendre et la volonté de ne pas voir son proche malade, fait que le médecin n'est pas inquiet. Même s'il le devrait. Ou il craint d'en faire trop parce qu'il s'agit d'un proche : il est dans le déni de la réalité, c'est un mécanisme de défense pour le praticien. Soit, à l'inverse, les jeunes médecins ont tendance à avoir un sentiment d'alarme exacerbé et un besoin d'en faire trop de peur de passer à côté de quelque chose. Il y a donc une interaction entre les connaissances du médecin, son expérience et les renseignements apportés par le patient. Les praticiens doivent trouver un équilibre entre le raisonnement analytique et une sorte de bilan intuitif.

D'autre part, Dreyfus et Dreyfus(22) soulignent que l'expertise se développe avec l'expérience. La pensée procède en plusieurs étapes, d'analytiques jusqu'à presque totalement intuitives. Les connaissances sur lesquelles les processus intuitifs reposent ne sont pas directement accessibles et, en tout cas, pas explicitement utilisées. Elles sont considérées comme des connaissances tacites. Par exemple, « ça cloche » est considéré comme le résultat d'un processus cognitif implicite, spécifique à chacun en fonction de son niveau (novice, interne, expert), qui peut déclencher une intervention si besoin. Avec l'expérience, le raisonnement clinique devient donc plus automatique et non-analytique, permettant un diagnostic et un traitement plus rapide. L'intuition ou « Gut feeling » aurait donc son origine dans la connaissance et l'expérience acquises au fil du temps.

Les recherches sur les émotions et les données neuroscientifiques de Damasio(23), corroborent le rôle indiscutable de l'affect dans ce sentiment d'intuition et dans les procédés de prise de décision. Des personnes ayant des lésions dans les zones de l'émotion ne sont plus capables de sélectionner l'information pertinente et de prendre des décisions, bien qu'elles conservent leurs capacités intellectuelles. Ces résultats ont été expliqués par l'hypothèse des marqueurs somatiques qui décrit comment les structures cérébrales sont impliquées dans les processus décisionnels. Grâce à un processus d'apprentissage dans la prise de décision, les mêmes réponses émotionnelles sont déclenchées lorsque l'on revit des mêmes événements. Puis, elles sont traitées soit au niveau cortical (cortex insulaire) évoquant la conscience, le « Gut feeling », l'affect positif ou négatif, ou au niveau sous-cortical, influençant la prise de décision de manière non consciente. Les émotions sont une composante essentielle du processus cognitif.

Donc lorsqu'un médecin prend en charge un proche, il ne s'agit pas de remettre en cause le savoir mais la gestion de ce savoir dans un cadre affectif, puisque les émotions perturbent à la fois l'intuitif et le rationnel dans le processus décisionnel.

**Les patients reconnaissent engager la responsabilité de leur proche-médecin en le sollicitant. Mais le concept de « responsabilité » était difficile à faire préciser par les proches du fait de leur connaissance profane de la médecine.**

Il s'agissait surtout de forcer le médecin à s'impliquer dans leur prise en charge, notamment au moment de faire un diagnostic et de l'annoncer. Les proches méconnaissent les compétences professionnelles des médecins généralistes (24)(25).

On ne retrouvait dans notre étude, aucune allusion aux difficultés de :

- communication et de relation : Le médecin établit un partenariat et suscite des échanges dynamiques d'informations avec le patient pour l'accompagner dans une démarche autonome visant à améliorer sa santé. Le médecin a des obligations d'informations autant que de conseil, et doit justifier, par tous moyens, s'être acquitté de ses devoirs. Un défaut d'information peut être considéré comme une faute par la jurisprudence et la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soin(24). Or dans la relation affective, les

soignés sembleraient sous l'emprise d'un lien de confiance indéfectible et aveugle, qui mettrait en doute la possibilité d'un consentement éclairé ou d'une décision partagée. Se pose d'autre part la question de « personne de confiance » où le proche-médecin initialement accompagnant redeviendrait décisionnaire. Il n'y a aucune allusion non plus à d'éventuelles directives anticipées. La difficulté à garder le secret médical et le poids émotionnel que porte le médecin quand il est mis dans la confiance des problèmes de santé de ses proches n'a pas non plus été évoquée. Le manquement au secret professionnel est pourtant aussi une faute punissable(25).

- suivi et de coordination : Les patients de notre étude n'envisageaient à aucun moment de consulter leur proche-médecin en prenant rendez-vous en consultation au cabinet pour remplir un dossier médical. Pourtant, la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes du 12 janvier 2005, approuvée par l'arrêté du 3 février 2005(26), fixe aux généralistes une mission de coordination. Elle stipule que la relation de proximité du médecin traitant avec ses patients en fait le mieux à même de favoriser la coordination entre les différents intervenants, par la synthèse des informations transmises et par l'intégration de cette synthèse dans le dossier médical. Cette mission de coordination engage sa responsabilité.

- collaboration : Dans notre étude, les patients ignoraient que le proche-médecin puisse se sentir mis en porte-à-faux s'il était en désaccord profond avec un confrère, ou puisse se sentir obligé ou mal-à-l'aise de demander une faveur à un confrère. Aucun n'avait décrit ou n'envisageait de situation conflictuelle entre confrères. Le médecin doit exercer son leadership professionnel et travailler efficacement au sein d'équipes et de réseaux afin de prodiguer des soins optimaux aux individus(27). La convention nationale des médecins distingue, d'une part le rôle ponctuel de consultant du médecin spécialiste, intervenant sur demande du médecin traitant, et d'autre part le rôle fondamental du médecin traitant, dans le suivi et la coordination, qui est chargé de surveiller l'application des prescriptions (28). Un médecin généraliste peut-être mis en cause pour des responsabilités du fait d'autrui, au titre de médecin référent qui connaît mieux le patient. Mais les relations confraternelles quand il s'agit d'un proche peuvent parfois être délicates. Que faire en cas de désaccord sur la prise en charge ? Voire en cas d'erreur d'un confrère ? À qui adresser le courrier ?

- gestion : le médecin doit appliquer une médecine efficiente en se préoccupant de l'ensemble du système de soin. Il doit répondre à la demande de soin en optimisant la consommation des ressources utilisées pour produire le meilleur résultat à des coûts maîtrisés(26). Or dans notre étude, peu de patients avaient notion du risque de surmédicalisation, auquel ils sont pourtant plus exposés(9).

- professionnalisme : le médecin doit respecter les lois et les codes régissant la profession à la base du contrat social établi entre les médecins et la société (28)(29)(30)(31)(32). Aucun patient n'a évoqué les responsabilités juridiques du médecin en cas de certificat médical de complaisance par exemple(33), ou en cas d'effets indésirables d'une thérapeutique non justifiée. Aucun n'a évoqué le droit mutuel de choisir librement son médecin comme son patient(34).

**Les proches reconnaissent les limites du lien de proximité dans la relation médecin-malade. L'autorité hiérarchique familiale était bousculée par l'autorité médicale acquise par le jeune médecin. La pudeur physique et psychologique des patients les mettaient parfois mal à l'aise. La distinction des rôles patients/parents était ambiguë.**

Ces résultats corroborent les points de vue des patients (11)(14)(15) et des médecins (5)(18)(19), retrouvés dans la littérature

Patients et médecins, ou parents et enfants, étaient déstabilisés par l'inversion d'autorité conférée par le nouveau statut de médecin. La hiérarchie générationnelle naturelle était bousculée. Les patients reconnaissent se permettre d'avantage de contester ou de négocier une décision médicale avec un proche qu'avec un médecin tiers, pas par remise en cause des connaissances mais par remise en cause de l'autorité justement. En face, les jeunes médecins éprouvent la « sensation d'être testé » et la « peur de perdre leur

crédibilité(19). De plus, les patients rapportaient vouloir protéger leur propre intimité. Plus que la pudeur physique, particulièrement liée à l'examen de la sphère uro-génitale, les patients évoquaient une pudeur psychologique. La retenue volontaire d'informations pénaliserait le médecin-proche. Les médecins aussi se sentent restreints par leur propre pudeur et celle de leur proche et trouvent que leur démarche diagnostique en est affectée(5)(18). Les patients interrogés rapportaient leurs difficultés à gérer leur relation privée dans leur milieu professionnel quel qu'il soit, et réalisaient, par réflexion miroir, qu'être proche et médecin devait aussi être compliqué à assumer.

**Les patients avaient une confiance aveugle et absolue en leur proche-médecin. Ils ne remettaient en doute ni leur savoir, ni leur savoir- être.**

Contrairement à ce que craignent les jeunes médecins(19). Les patients pourraient être rassurés des connaissances récemment acquises de leur proche-médecin. De plus, les patients vouaient une confiance absolue en leur proche et donc aussi au professionnel qu'il était. Il était donc par définition compétent, rigoureux, impliqué, honnête, altruiste. Les patients ne critiquaient pas leur proche-médecin vis-à-vis de son jeune âge et de son inexpérience. Ils n'envisagent ni erreur médicale ni prise en charge inadaptée. Ils n'avaient aucune notion de sous médicalisation ni des risques de surmédicalisation, donc de prévention quaternaire(35). Les patients suivis médicalement par un proche sont particulièrement exposés à ce risque, en osant demander plus facilement des examens complémentaires. Le proche-médecin pourrait être plus enclin à y répondre favorablement, par manque de résolution ou par commodité familiale.

**La demande de soin par les proches était inévitable car la situation leur offrait beaucoup d'avantages.**

C'était pratique, confortable et utile pour s'orienter dans le système de soin, avoir accès aux bons spécialistes plus rapidement, ou pour traduire le langage médical parfois obscur. Une enquête internationale de 1995(36) a interrogé 3450 patients répartis en Europe, sur ce qu'ils attendaient de leur relation avec leur médecin. Les patients privilégient la qualité de la relation avec leur médecin et la confiance qu'ils mettent en lui, l'information délivrée, l'accompagnement, la disponibilité et l'accessibilité de celui-ci. Tout ceci explique la demande importante des familles, les liens affectifs leur garantissant tous ces éléments. Les travaux interrogeant le point de vue des patients, confirment tous « l'évidence » d'une telle demande (11)(14)(15).

**Les patients étaient atteints de pathologie chronique avec peu de retentissement sur leur santé, ce qui était une justification supplémentaire pour solliciter leur proche-médecin.**

Car c'est seulement à l'évocation d'éventuelles pathologies graves que les patients reconnaissent premièrement, que soigner ses proches devait avoir un impact émotionnel sur le médecin et être source d'anxiété, de stress et peut-être vécu par le médecin comme une obligation de soin et un manque de liberté. Et deuxièmement, que l'objectivité et la prise de distance nécessaires à toute démarche médicale, pouvaient rentrer en conflit avec les émotions et la souffrance que pourrait ressentir leur proche-médecin face à leur maladie. (Attention néanmoins aux discours de circonstance, quel serait le discours de ces mêmes patients s'ils étaient concrètement atteints d'une pathologie grave ?). Les médecins font également la distinction entre problèmes bénins et maladies graves ; ils confessaient accepter plus facilement de prendre en charge des pathologies bénignes ou aiguës, sans enjeu thérapeutique, et être plus réticents à prendre en charge des pathologies chroniques, plus complexes(6)(8). Les recommandations, qu'elles soient françaises(37), américaines(38) ou québécoises(39) conseillent toutes de ne pas soigner ses proches (hors certaines situations d'urgence, isolement géographique ou problèmes bénins).

Encore faut-il savoir où placer la limite entre symptômes bénins et prémices d'une maladie grave ou entre urgence réelle et urgence ressentie... donc définir précisément les situations acceptables et savoir s'y tenir. Il revient donc au médecin d'avoir réfléchi en amont à cette problématique afin de se fixer une ligne de conduite, de continuer d'éduquer ses proches et ainsi de mieux vivre ses décisions. Plusieurs travaux ont produit des outils pratiques à l'attention des médecins pour les aider à répondre à une demande de soin de leur proche. Fromme(17) établit un tableau des situations à risque d'implication d'un praticien dans les soins d'un ami proche. Il décrit les situations à risque d'implication minimale, que le médecin devrait favoriser, et les situations à risque d'implication modéré et élevé, que le médecin devrait éviter. Beguin(8) synthétise les solutions proposées dans la littérature pour répondre à une demande de soin venant d'un proche. Elle rappelle aux médecins les influences à prendre en compte dans leur réflexion, les questions à se poser avant de répondre, les situations à éviter ou à préférer, les règles à se fixer, et certaines réponses types à donner.

## CONCLUSION

Chaque médecin est confronté un jour à la demande de soin par un proche, situation qui met fréquemment le médecin en difficulté, notamment les jeunes. Il n'existe pas de consensus ni cadre législatif encadrant la prise en charge spécifique des proches ou de la famille en médecine générale. De nombreux travaux se sont intéressés à la difficulté, pour les médecins, à soigner leurs proches. Mais peu ont étudié le point de vue des patients. L'objectif de notre travail était de savoir si « quand ils sollicitent leur proche-médecin généraliste, les patients ont conscience des difficultés pour ce médecin à exercer ses compétences professionnelles dans un cadre affectif ? »

Il a été réalisé une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés, auprès de 12 patients, apparentés au 1<sup>er</sup> degré à un jeune médecin généraliste.

D'après notre étude, les patients ont conscience, de façon intuitive et empirique, que les liens affectifs et familiaux n'apportent que des complications au jeune médecin quand celui-ci les soigne. Les sentiments affectent l'objectivité et la distance nécessaires pour soigner. L'expertise médicale est plus difficile et la prise de décision problématique, comme le démontre d'ailleurs la théorie du « Gut feeling ». Les patients réalisent que demander un soin à leur proche-médecin, le force à s'impliquer dans leur santé, lui impose de prendre des décisions et donc des responsabilités et l'engage peut-être contre sa volonté. En cas de pathologies lourdes, chroniques ou graves, les proches reconnaissent que cet engagement peut-être difficile à assumer et avoir un impact émotionnel sur le médecin. Le double statut de proche et patient est parfois mal vécu : leur autorité générationnelle est bousculée par l'autorité médicale, leur intimité psychique plus que leur pudeur physique les limite dans leurs confessions. Ils sont victimes d'une confusion des rôles. Pour toutes ces raisons, les proches-patients comprennent que le double statut de proche et de médecin est aussi délicat et doit être évité. D'ailleurs les proches-patients sont au courant des réticences du jeune médecin à les soigner. Pour l'épargner, ils prétendent freiner leurs demandes. Ils privilégieraient ainsi ce qui relève du conseil, du dépannage, de compétences purement techniques, non impliquantes affectivement. Alors qu'ils éviteraient ce qui relève du suivi chronique ou de situation plus grave, hormis pour recevoir un soutien moral et affectif de la part de leur apparenté. Mais en situation réelle, cette dichotomie est beaucoup moins évidente et leur demande de soin est irrépensible, tellement avoir un médecin de confiance « sous la main » confère trop d'avantages.

Le point de vue de chacun dans cette relation complexe diverge donc : alors que le médecin s'applique à une démarche professionnelle, les proches eux, privilégient l'affectif, la sympathie et le rapport de confiance. Les proches n'ont pas notion des compétences professionnelles auxquelles le médecin est tenu ni des risques de sous et surmédicalisation. L'erreur médicale n'est pas envisagée. Connaître le point de vue des proches-patients devrait rassurer les jeunes médecins, les aider à assumer leurs décisions et les encourager à verbaliser leurs difficultés. Mais mettre les proches directement à contribution dans cette réflexion semble compliqué tant la relation leur est évidente. C'est donc aux médecins qu'il revient d'avoir réfléchi en amont à cette problématique afin de se fixer une ligne de conduite. Chaque situation de soin est dépendante de la relation complexe et unique entre le médecin et son patient-proche. Les difficultés engendrées par le lien de proximité et les capacités de chacun à les accepter ne peuvent pas être généralisées. Mais pour aider les jeunes médecins, plusieurs outils sont disponibles dans la littérature : tableau des situations à risque d'implication de Fromme, synthèse des questions à se poser avant de répondre à une sollicitation par Beguin.

Le médecin dispose donc d'outils pour réfléchir lui-même à cette problématique. Aborder ces questions lors de la formation initiale pourrait aider les jeunes médecins à augmenter leur réflexivité sur ce thème (avec les maîtres de stage au cours des stages ambulatoires par exemple). De plus, les jeunes médecins remplacent souvent avant de s'installer. Ils ont alors moins d'occasions d'échanger avec leurs confrères. Il serait intéressant de les interroger après la présentation de nos résultats, suivie d'un débat autour de la question.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Percival T. Medical ethics, or, a code of institutes and precepts, adapted to the professional conduct of physicians and surgeons. Royal College of Physicians of Edinburgh. Oxford : J.H. Parker; 1849. 212 p.
2. La Puma J, Stocking C, La Voie D, Darling C. When physicians treat members of their own families, practices in a Community Hospital. N Engl J Med. 1991;(325(18)):1290-4.
3. Bonvalot V. Médecin traitant de sa propre famille: différences de pratique dans la relation thérapeutique intrafamiliale. [Thèse d'exercice : Médecine]. [Aix-Marseille II]: Université d'Aix-Marseille II; 2009.
4. Vallerend V. Quand le médecin généraliste soigne sa famille :enquête en Basse-Normandie [Thèse d'exercice : Médecine]. [Caen]: Université de Caen Normandie; 2009.
5. Cottreau S. Les médecins généralistes soignent-ils leurs parents ? (Père et Mère) [Thèse d'exercice : Médecine]. [Angers]: Université d'Angers; 2011.
6. Dagnicourt P. Soigner ses proches : une attitude à raisonner? [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. [Angers]: Université d'Angers; 2012. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/Thèse%20DAGNICOURT.pdf>
7. Pelt-Aim J. Comment les médecins se positionnent-ils vis-à-vis des maladies de leurs proches? [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. [Paris]: Université Paris-Diderot - Paris 7; 2012. Disponible sur: [www.theseimg.fr/1/sites/.../Thèse%20Jennyfer%20Peltz%20Aim.pdf](http://www.theseimg.fr/1/sites/.../Thèse%20Jennyfer%20Peltz%20Aim.pdf)
8. Beguin M. Synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin à une demande de soins venant d'un de ses proches [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. [Grenoble]: Université Joseph Fournier; 2013. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00915086/document>
9. Delmas V. Soigner ses proches : une erreur? Recherche des facteurs contributifs d'événements indésirables lors de soins délivrés par un médecin généraliste à ses proches [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. [Lyon]: Université Lyon I; 2014. Disponible sur: [bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/...0/THm\\_2014\\_DELMAS\\_Vanessa.pdf](http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/...0/THm_2014_DELMAS_Vanessa.pdf)
10. Manasterski F. Etude des leviers et des freins dans la prise en charge par un médecin généraliste de membres de sa famille : enquête auprès de médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2014. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00981426/document>
11. Bouve C. Soigner ses proches : quelle résonance chez les soignés? Etude du ressenti des proches par enquête qualitative [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. [Angers]: Université d'Angers; 2015. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20106696/2015MCEM3887/fichier/3887F.pdf>
12. Dautel M, Jeanne J. Quelles propositions de la littérature sont susceptibles d'aider le médecin à gérer la demande de soin de son proche? Enquête auprès d'un groupe d'expert [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. [Grenoble]: Université Joseph Fournier; 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01244844/document>
13. Article R4127-7 du code de santé publique, relative aux devoirs généraux des médecins (2009) [Internet]. Code de déontologie médicale. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912868>
14. Augustiniak J. Vécu des patients pris en charge par un médecin généraliste membre de leur propre famille [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2015. Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED\\_T\\_2015\\_AUGUSTYNIAK\\_JULIEN.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2015_AUGUSTYNIAK_JULIEN.pdf)



15. Cazenave M. Le choix d'un proche comme médecin traitant : le point de vue des patients [Thèse d'exercice : Médecine]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2016.
16. Masson L. Le medecin generaliste face a la demande de soins de ses proches: quelle est la demande ? Comment le medecin y repond-il ? Quels problemes cela lui pose-t-il ? L'expérience de 47 medecins generalistes installes en ville [Thèse d'exercice : Médecine]. [Paris]: Université Paris 5; 1996.
17. Fromme E, Farber N, Babbott S, Pickett M, Beasley B. What do you do when your loved one is ill? The line between Physician and family member. Am Coll Oh Physicians. 2008;Annals of internal medecine(149):825-9.
18. Lasserre Cornec S. Soigner ses proches en tant que médecin généraliste. [Lille]: Université de Lille II; 2005.
19. Marin marin L. Positionnement des internes en médecine générale face aux problèmes de santé de leurs proches [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. [Paris]: Université Paris-Diderot - Paris 7; 2013. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4541\\_MARIN\\_MARIN\\_these.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4541_MARIN_MARIN_these.pdf)
20. Andro de chotten A-C. Eclairage du concept gut feeling par une approche par les sciences cognitives : le gut feeling en prévention de l'erreur [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. [Brest]: Université de Bretagne occidentale; 2011. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/THESE%20Anne-Cécile.pdf>
21. Stolper E, Bokhoven M, Houben P, Royen P, Wiel M, Weijden T, et al. The diagnostic role of gut feelings in general practice. A focus group study of the concept and its determinants. BMC Fam Pract. fev 2009;(10):17.
22. Dreyfus H, Dreyfus S. Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer. Oxford; 1986.
23. Damasio AR. L'erreur de Descartes : la raison des émotions. Odile Jacob; 1995.
24. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Chapitre II:Droits et responsabilités des usagers et Chapitre IV: Responsabilités des professionnels de santé [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>
25. Article 226-13. Livre II - Chapitre IV - Section 4 : De l'atteinte au secret professionnel [Internet]. Code pénal. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006181756&idTexte=LEGITEXT000006070719>
26. Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie [Internet]. Code de la sécurité sociale. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2005/2/3/SANS0520354A/jo/texte>
27. Boucher A, Sainte-Marie L-G. Pour un cursus d'études médicales axé sur les compétences. Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé. Université de Montréal [Internet]. Disponible sur: [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/10194/Cursus\\_compences.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/10194/Cursus_compences.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
28. Lois relatives à la bioéthique de 1994, révisées par la loi n° 2004-800 du 6 août 2004, puis par la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 [Internet]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pjl01-189.html>
29. Code de la santé publique.
30. Code civil.

31. Code pénal.
32. Code de déontologie.
33. Articles 28 - 50 - 76, relatifs aux certificats médicaux. Code de déontologie médicale.
34. Article R4127-47. Livre Ier. Chapitre VII : Déontologie. Section 1. Sous section 2 : Devoirs envers les patients [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912913>
35. Jamoule M. De la prévention chronologique à la prévention relationnelle; la prévention quaternaire comme tâche du médecin généraliste. In: Les Rencontres Prescrire [Internet]. Bruxelles; 2010 [cité 12 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/docu/postersbruxelles/jamoullem.pdf>
36. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjordahk P, et al. Patient's priorities with respect to general practice care : an international comparison, in Family Practice. Oxford University Press. fev 1999;
37. Chapitre II relatif aux devoirs généraux des médecins [Internet]. Code de déontologie des médecins. Disponible sur: <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2015-01-07-fr-code-de-deontologie-des-medecins.pdf?t=1493985182331>
38. American Medical Association. Self-Treatment or Treatment of Immediate Family Members [Internet]. Code of Medical Ethics. Disponible sur: <http://www.ama-assn.org//ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion819.page>
39. Collège des médecins du Québec [Internet]. Code de déontologie des médecins. Disponible sur: <http://www.cmq.org/~media/769C11886E0E45F4AEF6419BDA2B0AEC.ashx>
40. Armance. Se soigner et soigner ses proches... ou pas! [Internet]. Armance, femme, médecin (et mère) de famille. 2013 [cité 10 avr 2017]. Disponible sur: <http://armance.overblog.com/se-soigner-et-soigner-ses-proches.-ou-pas>
41. Lannoy P. L'analyse thématique. 2012.
42. Balint M. Le Médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot; 2003.
43. Chen F, Feudtner C, Rhodes L, Green L. Role conflicts of physicians and their family members : rules but no rulebook. West J Med. 2001;(Oct 175(4)):236-9.
44. Paille P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 1994;(Numéro 23):147-81.
45. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif - L'enquête et ses méthodes. Armand Colin; 2011.

# ANNEXE : GUIDE D'ENTRETIEN

## **Thématique 1 :**

Racontez-moi la dernière fois que vous avez fait une demande de soin à votre fils/fille.

## **Thématique 2 :**

A votre avis, quels sont les avantages pour lui/elle, à vous soigner vous, son père/mère ?

## **Thématique 3 :**

A votre avis, quels sont les inconvénients pour lui/elle, à vous soigner vous, son père/mère ?

## **Thématique 4 :**

A votre avis, qu'est-ce que votre fils/fille ressent quand elle vous soigne ?

**Vu, le Directeur de Thèse**

**Signature**

**Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le**

**Signature**

## MONS Mélanie

37 pages

### Résumé :

**INTRODUCTION.** Chaque médecin est confronté un jour à la demande de soin par un proche. La réponse à apporter pose fréquemment des difficultés aux jeunes médecins. Quand ils sollicitent leur proche-médecin généraliste, les patients ont-ils conscience des difficultés pour ce médecin à exercer ses compétences professionnelles dans un cadre affectif ?

**MÉTHODOLOGIE.** Enquête qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés, menée auprès de 12 patients, apparentés au 1<sup>er</sup> degré à un jeune médecin généraliste.

**RÉSULTATS.** Nos proches réalisent de façon empirique que les liens affectifs et familiaux n'apportent que des complications au jeune médecin. Le manque d'objectivité complique l'expertise médicale et la prise de décision. Demander un soin à un proche, c'est impliquer son engagement et lui imposer des responsabilités. Celles-ci peuvent être difficiles à assumer et avoir un impact émotionnel sur le médecin. La confusion des rôles de proche et patient est parfois mal vécue, le statut de proche et médecin doit l'être tout autant. Donc les patients tentent d'épargner leur proche-médecin en essayant de limiter leurs demandes de soin. Mais la situation leur offre trop d'avantages. La demande est irrépressible.

**DISCUSSION.** Le point de vue de chacun dans cette relation complexe diverge : le médecin s'attache à une démarche professionnelle alors que le proche privilégie l'affectif, la sympathie et le rapport de confiance. Les proches n'ont pas notion des compétences professionnelles auxquelles le médecin est tenu, ni des risques de surmédicalisation et de prévention quaternaire. La théorie du « Gut feeling » explique comment les liens affectifs biaisent l'expertise médicale.

**CONCLUSION.** Connaître le point de vue des patients sur la situation peut rassurer les jeunes médecins et les aider à assumer leurs décisions. C'est aux médecins qu'il revient d'établir leur propre ligne de conduite en s'aidant des outils de la littérature et de l'adapter, selon la personne proche, le contexte et leur propre expérience.

**Mots clés :** Relation médecin – patient. Famille. Médecine générale. Soins. Rôle.

### Jury :

Président du Jury : Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Directeur de thèse : Docteur Alice PERRAIN

Membres du Jury : Professeur Alain CHANTEPIE  
Professeur Philippe COLOMBAT  
Docteur Frédéric BASTIDES

Date de soutenance : 30/05/2017