



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Médecin de sa famille : une gageure ?
Point de vue de l'entourage du médecin généraliste.

Présentée et soutenue publiquement le 5 Novembre 2015 à 14h
au Pôle Recherche
Par Rémi HENNEVIN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Luc DEFEBVRE

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE

Monsieur le Docteur Michel CUNIN

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

« Il n'y a que les questions sans intérêt qui ont une réponse définitive. »

Eric-Emmanuel SCHMITT (Oscar et la dame rose)

Table des matières

Résumé	1
Summary	2
Introduction	3
Matériels et méthodes.....	4
I. Type d'étude	4
II. Revue de la littérature.....	4
III. Guide d'entretien	4
IV. Recrutement des participants	5
V. Recueil des données	5
VI. Analyse des données	5
VII. Démarches déclaratives	6
Résultats	7
I. Caractéristiques du corpus de données	7
II. Caractéristiques de l'échantillon	7
III. Présentation des résultats	8
A. Arguments en faveur du choix d'un proche	8
1. La confiance.....	8
2. Des avantages pratiques.....	8
a) Une prise en charge accélérée	9
b) Un accès aux soins simplifié.....	9
c) Des relations profitables	9
d) Des soins médicaux gratuits	9
e) Un praticien disponible	9
f) ... Et facilement joignable	10
g) La proximité est un gage de soins de qualité.....	10
h) Surtout pour les problèmes courants	10
3. Une démarche naturelle.....	10
B. Un exercice délicat	11
1. Inconfortable pour le médecin	11
2. Des inconvénients pour les proches.....	13
3. Les paradoxes.....	14
C. Une situation inédite	14
1. Le proche : un patient différent.....	14
2. Les amis : un cas particulier.....	15
3. L'influence des années.....	15
D. Les solutions envisagées.....	15
1. Clarifier dès le départ	15

2. Un choix libre et non figé	16
3. Partager la prise en charge, voire déléguer	16
4. L'indispensable rigueur.....	17
5. Un comportement à revoir	17
6. Une pratique à limiter ?	18
Discussion	19
I. Discussion de la méthode de recherche	19
A. Choix d'une étude qualitative	19
B. Recrutement	19
C. Recueil des données	20
D. Analyse des données	20
II. Discussion des résultats	21
A. Comment exploiter cette confiance ?	21
B. Comment prendre une décision ?	21
C. Comment soigner ses proches ?	22
Conclusion.....	24
Références bibliographiques	25
Annexes	28
Annexe 1 : Guide d'entretien initial.....	28
Annexe 2 : Guide d'entretien final.	30

RESUME

Contexte : Malgré des difficultés manifestes, la plupart des médecins généralistes prenaient en charge leurs proches. Des études ont tenté de comprendre ce choix en interrogeant les praticiens, mais peu ont été menées directement auprès de leur entourage. Un travail qualitatif explorant leur ressenti semblait pertinent dans ce contexte.

L'objectif de cette étude était de fournir aux médecins généralistes des éléments de compréhension supplémentaires pouvant les guider lorsqu'ils soignent leur entourage.

Méthodes : Des patients ayant choisi un médecin de famille dont ils étaient des proches ont été recrutés par effet boule de neige. 10 entretiens individuels semi-dirigés ont été enregistrés et retranscrits jusqu'à saturation des données. Les verbatim ont été analysés par deux chercheurs selon une approche par théorisation ancrée, grâce au logiciel QSR NVivo 10.

Résultats : Les participants jugeaient cette pratique naturelle, reposant sur une confiance indéniable. Mais elle nécessitait un soignant rigoureux et expérimenté. Ils en étaient satisfaits car elle offrait des avantages pratiques. Ils admettaient qu'il existait aussi de nombreux inconvénients, tant pour les médecins que pour leurs proches. S'ils faisaient ce choix, un changement de leur comportement était préférable. Il convenait aussi de définir avec le praticien un cadre de consultation clair. Partager la prise en charge entre plusieurs médecins généralistes était une autre solution envisagée par ces patients atypiques.

Conclusion : Établir ensemble un contrat de soins est un des moyens de lutter contre les dérives de cette relation particulière. Les médecins généralistes peuvent profiter de cette situation pour développer et améliorer des compétences utiles en soins primaires.

SUMMARY

Background : Despite obvious difficulties, most general practitioners (GPs) were taking care of their close relatives. Some studies have attempted to understand this choice by asking physicians, but few have been conducted directly with their close relatives. Qualitative work exploring their feelings seemed relevant in this context.

The objective of this study was to provide to GPs additional understanding elements to guide them when they treat their relatives.

Methods : Patients who chose a family doctor they were close were recruited by snowball effect. 10 semi-structured individual interviews were recorded and transcribed until data saturation. The verbatim were analyzed by two researchers, with the QSR NVivo 10 software, according to a grounded theory approach.

Results : The participants thought this was a natural practice, based on an undeniable confidence. But it required a rigorous and experienced caregiver. They were satisfied because it offered practical advantages. They admitted that there were also many drawbacks, both for physicians and for their close relatives. If they did this choice, a change in their behavior was better. It was also necessary to define a clear consultation framework with the GP. Share the care between several GPs was another solution envisaged by these atypical patients.

Conclusion : Establish together a care contract is a way to fight against the dangers of this special relationship. GPs can take advantage of this situation to develop and improve useful skills in primary care.

INTRODUCTION

Le choix du médecin de famille marque le début d'une relation souvent durable entre le praticien et son patient. Ce choix doit être mûrement réfléchi et approuvé par les deux parties, prenant en considération les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. (1)

Au cours de leur pratique, les médecins généralistes sont sollicités pour assurer le suivi médical de leurs proches. (2) Si la plupart y répondent favorablement (3), nombreux sont ceux qui soulignent pourtant les difficultés rencontrées dans cette situation particulière :

- manque d'objectivité ;
- dégradation des liens familiaux ou amicaux ;
- poids de la responsabilité ;
- baisse de la qualité des soins ;

ont été les principaux problèmes trouvés dans les travaux qualitatifs antérieurs. (4)

Comment expliquer qu'en dépit des écueils inhérents à cette relation originale et des avertissements de certaines instances (5), des praticiens continuent de soigner leur famille ou leurs amis ?

Des travaux en ont révélé certaines raisons (6) : la peur de refuser une demande d'un proche, l'intérêt porté à la santé de sa famille, la difficulté à confier les siens à un confrère.

Cela illustre toute la singularité de la situation, et combien il est difficile pour un médecin généraliste de répondre à une demande de soins émanant d'un proche.

Des études ont énoncé des recommandations (7) à l'usage des praticiens se trouvant dans le même contexte, à partir de données recueillies auprès de confrères. Peu de travaux qualitatifs se sont intéressés au ressenti et aux attentes des patients dont le médecin de famille est un proche.

L'objectif de ce travail était de fournir des éléments de compréhension supplémentaires permettant de mieux guider le praticien lorsqu'il est confronté à un proche, en répondant à la question :

Comment les proches d'un médecin généraliste choisissent-ils ce dernier comme médecin de famille ?

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude.

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, conduits dans le département du Nord.

II. Revue de la littérature.

La revue de la littérature a été différée en fin de travail, afin de garder l'ouverture d'esprit nécessaire au bon déroulement des entretiens et de l'analyse.

Les mots clés utilisés étaient :

- Médecin de famille ;
- Soins primaires ;
- Famille ;
- Amis ;
- Proches ;
- Relation médecin-malade.

Les moteurs de recherche et bases de données suivants ont été consultés : PubMed®, CiSMéF® (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française), SUDOC® (Système Universitaire de DOCUMENTATION), PEPITE® (Panorama d'Es Productions unIversiTairEs), Google®, Google Scholar®.

III. Guide d'entretien.

Le guide d'entretien était élaboré dans une version provisoire en début de travail. Il comportait une introduction et quelques questions ouvertes, simples et compréhensibles pour l'interviewé.

Le guide était évolutif, construit au gré de l'avancée de l'analyse par théorisation ancrée pour tester les concepts émergents.

Il était entrecoupé d'interventions favorisant la production du discours : contradictions, consignes et surtout relances, qui en approfondissaient le contenu.

Les versions initiale et finale du guide d'entretien sont présentées en annexe (**Annexes 1 et 2**).

IV. Recrutement des participants.

Les critères d'inclusion étaient : être un ami proche ou un membre de la famille d'un médecin généraliste et l'avoir choisi comme médecin de famille.

Les deux premiers participants entrant dans le champ de recherche ont été recrutés parmi les connaissances de l'investigateur. Les suivants ont été sélectionnés selon la technique de la « boule de neige » : un ou plusieurs sujets d'intérêt respectant les critères d'inclusion ont été identifiés par l'interviewé à la fin de chaque entretien.

Dès qu'il existait plusieurs participants potentiels, le recrutement des informateurs a été fait pour obtenir une variation maximale, notamment sur des critères d'âge, de sexe ou de degré de proximité avec le médecin de famille.

Des cas négatifs pouvaient être abordés, c'est-à-dire des amis proches ou membres de la famille d'un médecin généraliste, et ne l'ayant pas choisi comme médecin de famille.

V. Recueil des données.

Il s'agissait d'entretiens individuels, semi-dirigés. Ils ont été réalisés dans un endroit calme laissé au choix de l'interviewé et enregistrés intégralement avec un Smartphone type iPhone 5C. Après avoir présenté succinctement le projet à l'informateur et recueilli oralement son consentement, la collecte des données pouvait débuter.

Les interviews ainsi que les caractéristiques des participants ont été anonymisés. Les investigations ont été menées jusqu'à saturation des données, vérifiée par un entretien supplémentaire.

Les caractéristiques sociodémographiques du participant et de son médecin de famille ont été recueillies en fin d'entretien.

VI. Analyse des données.

Elle a débuté en même temps que la collecte des données, selon une approche par théorisation ancrée. Chaque entretien individuel était retranscrit *ad integrum* sous la forme d'un verbatim avec le logiciel Microsoft Word, en y faisant figurer les hésitations ou les expressions non verbales éventuelles.

Un codage ouvert a été réalisé par deux chercheurs, en aveugle, à l'aide du

logiciel d'analyse qualitative QSR NVivo 10. Les résultats ont été comparés et discutés, pour aboutir à un livre de codes communs, mis à jour après chaque entretien. La mise en commun des deux codages a permis l'élaboration de catégories. La concordance de compréhension du sens était admise si au moins 70% des codes étaient similaires.

VII. Démarches déclaratives.

Le CPP (Comité de Protection des Personnes) Nord-Ouest IV a donné son accord pour la réalisation de l'étude. Il l'a considérée comme non interventionnelle.

RESULTATS

I. Caractéristiques du corpus de données.

Dix interviews individuels ont été réalisés du 26 Novembre 2014 au 31 Mars 2015. La durée totale d'enregistrement était de 5 heures 29 minutes et 42 secondes. L'entretien le plus long avait duré 1 heure 35 minutes et 44 secondes, le moins long 14 minutes et 13 secondes pour une durée d'entretien moyenne de 33 minutes.

II. Caractéristiques de l'échantillon.

Les participants ont été nommés de P1 à P10 selon l'ordre chronologique de réalisation des entretiens. Leurs caractéristiques sont reportées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants.

Patient	Tranche d'âge (ans)	Sexe	Lien de parenté	Tranche d'âge du médecin de famille (ans)	Sexe du médecin de famille
P1	20-29	H	Fils	50-59	H
P2	70-79	F	Mère	50-59	H
P3	30-39	H	Fils	50-59	H
P4	20-29	F	Fille	60-69	H
P5	60-69	H	Ami	50-59	H
P6	50-59	F	Épouse	50-59	H
P7	20-29	H	Fils	60-69	H
P8	70-79	F	Sœur	60-69	H
P9	20-29	F	Fille	50-59	H
P10	50-59	F	Amie	50-59	F

H = homme ; F = femme.

On relevait un cas négatif dans cet échantillon : P3, dont le père n'était plus le médecin de famille.

Le dixième entretien a confirmé la saturation des données.

III. Présentation des résultats.

A. Arguments en faveur du choix d'un proche.

1. La confiance.

La totalité des patients interrogés évoquaient la confiance qu'ils accordaient à leur proche pour justifier leur choix. Les superlatifs employés pour caractériser cette confiance étaient variés, tout comme les déterminants de cette « *confiance aveugle*. » (P3-P4). Certains mettaient en exergue les compétences de leur médecin de famille. « *Pour moi, c'est quelqu'un de très compétent ! [...] Il n'se trompe presque jamais je pense ! Il va tout de suite, euh, droit au but.* » (P8). Pour d'autres, le lien de parenté préexistant en était à l'origine. « *J'ai plus confiance dans mon fils qu'en n'importe qui !* » (P2). C'est la notoriété du médecin de famille qui avait consolidé la relation de confiance selon quelques participants. « *Et puis, j'ai des échos autour, d'autres gens qui me disent que c'est un bon médecin.* » (P1).

Quatre éléments inhérents à l'installation d'un climat de confiance ont été identifiés par les proches :

- Le respect du secret médical par le médecin de famille pour P4, P5, P6 et P10.
- Se sentir écouté, pris « *au sérieux*. » (P4). Avoir un médecin de famille qui « *est fort à l'écoute* » et qui « *fera très attention* » (P6) était essentiel pour plus de la moitié des participants.
- L'attitude neutre du médecin de famille, qui « *sait faire la part des choses* » (P4), qui respecte « *bien deux casquettes, y'a la casquette du médecin, et la casquette de l'ami*. » (P5).
- P1 estimait que se faire soigner dans un environnement familial, « *à la maison, donc déjà ça instaure tout de suite la confiance*. »

2. Des avantages pratiques.

La plupart des patients étaient satisfaits d'avoir choisi un proche comme médecin de famille. Qualifiée de « *pratique* » par certains (P4, P7), cette situation comportait plusieurs avantages.

a) Une prise en charge accélérée.

Le médecin de famille était plus réactif et l'attente moins longue. « *J'appelle, il m'dit tout de suite ce que j'ai. [...] On n'a pas besoin d'attendre. On n'a pas besoin de faire la queue.* » (P9). Les soins étaient délivrés plus rapidement mais ne différaient pas d'un autre patient. « *Plus rapidement, mais la prise en charge finalement, euh... elle va pas différer, euh, si c'est moi ou un autre.* » (P7). Une prise en charge rapide permettait d'éviter certaines complications. « *Ça a jamais dégénéré parce que j'me fais soigner tout de suite [...] Je me fais traiter plus rapidement.* » (P9).

b) Un accès aux soins simplifié.

La plupart des participants admettaient avoir fait ce choix « *par facilité.* » Les rendez-vous, non systématiques, étaient directement improvisés avec le médecin de famille. « *Au lieu de lui téléphoner, j'le vois, et j'dis, euh : « Cette semaine, y'a pas un soir que... que j'puisse passer ? ».* » (P5).

c) Des relations profitables.

Les délais étaient raccourcis lorsqu'un examen complémentaire ou un avis spécialisé étaient nécessaires. Le proche bénéficiait des relations du médecin de famille avec ses confrères. « *Si t'as besoin d'un scanner ou d'un truc, euh, qui met normalement trois plombes à avoir, euh, un rendez-vous chez le gastro-entérologue, euh, voilà, il fait jouer un peu ses relations et puis, euh, ça va carrément plus vite.* » (P4). Les proches profitaient aussi de la notoriété de leur médecin de famille lorsqu'ils étaient hospitalisés. « *C'est la mère du médecin, enfin... Du docteur untel... Bah, on va faire plus attention que si c'est quelqu'un d'autre.* » (P1).

d) Des soins médicaux gratuits.

C'était le cas pour tous les proches interviewés, à l'exclusion de P5 et P10.

e) Un praticien disponible...

Les proches pouvaient le solliciter à tout instant. « *Il est toujours là [...] Même s'il a beaucoup de travail.* » (P8). Étant disponible et directement accessible, quelques participants faisaient plus facilement appel au médecin. « *Dès qu'ai un*

truc, j'veais lui demander ! Alors que si je, j'pense que si j'devais aller voir le médecin, un médecin, un autre médecin, bah, je... j'attendrais p'têtre un p'tit peu [...] trois, quatre jours avant d'me faire soigner ! » (P9).

f) ... Et facilement joignable.

Pour des conseils, un avis médical, une demande d'ordonnance ou de rendez-vous, le téléphone était le moyen le plus souvent utilisé par les patients. Le proche possédait les coordonnées personnelles du médecin de famille. *« Comme c'est un ami, j'ai son portable. » (P5).* Ils pouvaient être facilement conseillés en cas d'urgence. *« Ça m'est arrivé de l'appeler à deux heures du matin [...] avant d'aller aux urgences pour lui demander conseil. » (P3).*

g) La proximité est un gage de soins de qualité.

Le médecin de famille était plus attentif avec ses proches. Ceux-ci avaient le sentiment d'être mieux écoutés. *« Il a toujours écouté. » (P9).* Le médecin de famille possédait une connaissance complète de l'état de santé de ses proches et de leur personnalité. *« Quelqu'un qui va vous connaître très bien. » (P10).* Cela lui permettait de mieux appréhender certaines situations. *« Il sait comment j'veais réagir [...] à ce qu'il va me dire. » (P6).* *« Il va ressentir tout de suite si, si il y a quelque chose de grave quoi ! » (P7).*

h) Surtout pour les problèmes courants.

Tous les participants se sentaient à l'aise lorsqu'il s'agissait de maladies bénignes. Beaucoup se faisaient soigner par téléphone. *« Des diagnostics faits euh... par téléphone généralement. » (P7).* Certains avaient appris à être plus autonomes. *« Quand il y avait des p'tits bobos euh... j'avais tout ce qu'il fallait sous la main. » (P2).*

3. Une démarche naturelle.

Certains participants n'avaient pas le sentiment d'avoir eu à choisir leur médecin de famille. Ce choix leur semblait logique. *« C'est tellement logique ! [...] Ça m'paraît tellement normal, et j'vois pas les choses autrement. » (P4).* *« J'avais pas besoin de réfléchir ! [...] Pour moi c'était une évidence que... ce serait lui ! » (P6).*

Les parents prenaient la décision pour leurs enfants. Ceux-ci ne l'avaient pas remise en cause, même des années plus tard. « *Comme c'est depuis tout petit mon médecin généraliste, j'ai pas cherché à... à changer.* » (P7).

B. Un exercice délicat.

1. Inconfortable pour le médecin.

Si la situation semblait profitable pour le patient, elle l'était moins pour le soignant. « *J pense qu'il y a plus d'inconvénients pour le médecin.* » (P2). Les patients étaient conscients des difficultés auxquelles étaient exposés leur médecin de famille. « *Pour lui c'est certainement moins facile qu'avec un patient normal.* » (P6). « *Pour un médecin, ça doit pas toujours être évident de soigner quelqu'un de proche.* » (P8).

Le praticien pouvait manquer d'objectivité face à ses proches. « *On n'a pas le même recul que quand on a un patient lambda.* » (P3). Il restait difficilement neutre et n'avait pas la juste attitude, ayant tendance à dramatiser ou au contraire à banaliser. « *Soit, tu vas y faire plus attention et... voire tu vas être trop précautionneux, ou alors tu vas dire, euh, « Ouah ! Arrête de déconner, euh, c'est trois fois rien, c'est bon, euh, me casse pas les pieds avec ça, euh » Tu vois !* » (P4). « *C'est soit on banalise, parce que on passe... on manque de recul [...] Et à l'inverse, en cas d'urgence, on peut tout de suite s'affoler, euh... parce que il y a les sentiments qui rentrent en compte ouais.* » (P7).

Soigner un proche gravement malade était source d'une souffrance supplémentaire pour le praticien. « *Il a fallu qu'il la soigne quand même ! En connaissant l'issue fatale. Et ça, ça je crois que ç'a été très, très dur pour lui !* » (P8). Les difficultés résidaient dans la prise de décisions cruciales. « *Dès qu'il doit prendre des décisions un peu plus importantes, là je pense que c'est plus compliqué.* » (P1). « *Il a à prendre des décisions qui... qui interviennent chez des... des êtres qui lui sont chers.* » (P2). Confronté à la maladie ou au décès d'un proche, le praticien pouvait :

- Culpabiliser. « *Tu dois te dire [...] j'suis p'têtre passé à côté de quelque chose !* » (P4).
- Retarder l'annonce diagnostique. « *Il va p'têtre plus vérifier avant d'faire, 'fin d'faire peur entre guillemets.* » (P9).

- Faire preuve d'opiniâtreté. « *Il a fait le maximum ! Téléphoner à Paris pour essayer d'savoir si on pouvait pas faire quelque chose ! Euh... Il aurait fait n'importe quoi pour euh... Hein ? Pour soigner sa maman.* » (P8).

Les responsabilités étaient un peu lourdes à porter pour le médecin de famille, qui avait tendance à se fixer des objectifs plus ambitieux avec son entourage. « *Ta motivation, elle sera toujours là, bien au contraire ! Peut-être même [...] amplifiée pour les parents.* » (P5). Le comportement du proche, « *plus exigeant [...] plus demandeur* » en était à l'origine, selon P6.

Les sollicitations des proches étaient incessantes. « *À toute heure du jour et d'la nuit.* » (P2). C'était à l'origine d'une lassitude pour le praticien. « *J'comprends carrément, euh, que ça puisse [...] le lasser.* » (P7).

Le médecin de famille pouvait être gêné au moment d'aborder un problème intime avec un membre de son entourage. « *C'est toujours difficile de dire à son ami : « Bon, bah, déshabille-toi, j'veis t'ausculter, j'veis... ».* » (P5). « *J'peux comprendre aussi qu'ce soit embarrassant, euh... si c'est des, des pathologies intimes ou des IST des choses comme ça.* » (P7). Énoncer certaines recommandations à un proche semblait incommodant pour le médecin. « *Dire de faire un régime, de maigrir, qu'il faut maigrir, fin un surpoids ou des choses comme ça, il va... je pense que c'est plus compliqué.* » (P9).

La plupart des proches bénéficiaient de soins médicaux gratuits. Cela représentait une perte financière pour le soignant. « *Il gagne pas des sous là-dessus.* » (P1). La question des honoraires constituait une difficulté supplémentaire. « *En plus le gros problème aussi, après, bah la consultation [...] c'est : est-ce que j'dois m'faire payer ou pas payer ?* » (P5).

Solution de facilité pour les uns, l'utilisation du téléphone au détriment de l'examen clinique s'avérait dangereuse pour d'autres. « *On peut passer à côté de quelque chose [...] Si par exemple j'ai un souffle au cœur ou quoi que ce soit, bah il... Ça fait, ça fait bien longtemps qu'j'ai pas été ausculté quoi !* » (P7). Le médecin de famille était ainsi exposé aux erreurs médicales. « *Il s'en est beaucoup voulu d'avoir pu dire qu'c'était rien et qu'ça allait aller [...] On peut passer à côté de certaines choses [...] si on pousse pas un peu le bouchon.* » (P3). Leurs conséquences pouvaient être particulièrement douloureuses. « *Si c'est envers quelqu'un de sa famille, c'est encore euh... quelque chose de plus difficile à vivre !* » (P2).

Les conflits familiaux perturbaient la relation soignant-soigné. « *Vu qu'on a eu des problèmes familiaux euh... on s'voit plus donc euh... Voilà, j'me suis tourné vers d'autres euh... vers d'autres médecins.* » (P3). Soigner un proche signifiait prendre le risque de dégrader les relations familiales. « *Mon père l'a pas dit à ma mère, vu que secret professionnel [...] ma mère s'est mise en colère parce que mon père lui avait pas dit.* » (P4). Le secret médical n'était pas toujours bien respecté au sein de la famille. « *Si j'ai un souci de santé, euh... ma mère sera au courant.* » (P7). Il existait, à terme, un risque de rupture définitive du contrat de soins. « *Supposons qu'ça n'va plus avec votre belle-famille ! Euh... c'est... ça peut apporter aussi, euh... beaucoup d'ennuis !* » (P8).

2. Des inconvénients pour les proches.

Les patients ne voyaient pas leur médecin de famille comme un professionnel de santé. « *Moi je le vois pas non plus comme un médecin quoi.* » (P1). Les rôles étaient confus. « *Je dissocie pas du tout !* » (P9). Il n'y avait pas de réelle relation médecin – patient pour certains. « *J'ai jamais eu l'impression d'aller voir le médecin [...] Mon père c'est un médecin et... qu'il m'dise une histoire le soir ou qu'il m'donne du DOLIPRANE quand j'ai mal quelque part c'était pareil !* » (P3).

Ils éprouvaient des difficultés à exprimer certaines plaintes plus personnelles face à un médecin qu'ils connaissent. « *C'est si jamais il y a une maladie plus grave, ou une maladie sexuellement transmissible ou quelque chose qui est plus personnel, c'est plus compliqué de le dire vu que c'est quelqu'un de la famille.* » (P1). « *Il y a des choses qu'on n'aime pas expliquer à euh... à ses enfants, ou à son frère.* » (P2). Quelques-uns craignaient de se sentir jugés et s'interrogeaient. « *On a p'têtre peur du jugement quand même, avec son père ! [...] on a un peu peur de la réaction aussi.* » (P9).

Des patients ne souhaitaient pas se faire soigner par un proche dans certains cas. « *Il y a des domaines où je ne... Il n'est seulement que mon médecin référent, et où je ne veux pas avoir à faire à lui. Disons qu'il me soigne de la tête au cou, et des genoux aux orteils [...] Ma pudeur m'empêche de... de me faire examiner par mon fils.* » (P2). Les domaines qui posaient problème étaient la gynécologie, la psychiatrie, la vénéréologie et la dermatologie. Des proches préféraient alors consulter directement un autre médecin. « *Quand j'suis embêtée pour certaines questions, j'vais voir euh... quelqu'un d'autre.* » (P4). « *Quand il y a des trucs qu'il*

veut pas dire à X, il va voir un autre médecin. » (P10).

Certains se sentaient supervisés en permanence par leur médecin, notamment pendant les repas de famille. « *Quand on fait un repas de famille, euh, je... hein – comme je suis diabétique – euh, je... j’dois faire attention, euh, à tout ! [Rires]. Et c’est lui quelquefois qui m’dit : « Tu dois pas manger ça ! Tu dois pas ceci ! Euh, fais attention ! » . » (P8).*

3. Les paradoxes.

Ces considérations étaient reléguées au second plan, en cas d’urgence ou de maladie grave. « *Si on m’parlait d’faire des analyses, même très intimes ou... des prélèvements, même très intimes, tout ça, parce qu’il y a des risques de choses graves, évidemment... évidemment que j’le laisserais prévenir ! » (P2).* « *Si vraiment je suis souffrant un dimanche, euh, j’vais pas appeler un médecin de garde. » (P5).* « *C’est évident que je serais [...] en train de mourir, et que, il serait à côté de moi [...] j’lui dirais pas : « Ah non ! J’veux pas qu’tu m’approches ! » [Rires]. » (P10).*

C. Une situation inédite.

1. Le proche : un patient différent.

Soigner un proche signifiait soigner un patient au statut de privilégié, dont le comportement était parfois inapproprié avouaient certains. Le proche ne se considérait pas comme un patient classique. « *Non, c’est pas un malade comme les autres. » (P4).* « *Je pense qu’il y a un p’tit plus quand même. » (P8).*

Le lien de parenté influençait le médecin. Il adaptait sa pratique, et plus particulièrement son discours. « *Il ferait de l’éducation, mais pas de la même façon je pense. » (P1).* « *Il devra prendre plus de pincettes [...] il doit probablement faire plus attention à... à sa façon de présenter les choses. » (P9).*

Les proches étaient moins respectueux. « *Ils se permettent des trucs que les patients normaux ils se permettraient pas ! » (P4).* « *C’est parce que, justement, ils sont amis [...] qu’ils veulent se permettre. » (P5).* La familiarité qui s’installait dans la relation de soins n’était pas toujours avantageuse. Les proches faisaient preuve de moins de retenue. « *Ils te parlent, euh, pendant ton... ton examen, euh, comme si t’étais pas praticien. » (P4).* Ils étaient aussi plus revendicatifs. « *Il osera plus facilement [...] aller plus loin dans les choses quoi ! » (P6).* Les proches semblaient plus enclins à solliciter leur médecin de famille en dehors de ses heures de travail.

« La famille proche, euh, inconsciemment, euh, euh... bah, téléphonera plus facilement le dimanche. » (P6). Les retards les concernaient plus fréquemment d'après P4. Ils étaient moins attentifs. « Ils écoutent rien de ce que tu dis ! Il faut que ça vienne de quelqu'un d'autre des fois. » (P4). « Le patient, euh, que tu connais pas, il va t'écouter ! » (P5).

2. Les amis : un cas particulier.

La plupart des interviewés dissociaient famille d'une part et amis d'autre part. Les avis étaient partagés. Certains trouvaient plus difficile de soigner les amis. « Je pense que c'est plus dur avec ses amis qu'avec sa famille. » (P1). Pour d'autres, c'était le contraire. « Ça doit être encore plus difficile de soigner sa famille qu'un ami. » (P5).

Les amis semblaient choisir un proche plutôt par intérêt. « Ils essayent de grappiller... Pour leur profit. » (P1). « J pense que les amis, c'est plus, euh... effectivement, une question de facilité [...] ils s'disent, euh... ils auront un traitement privilégié quand même. » (P9). Il y avait un risque de complaisance pour le médecin. « Par rapport à des arrêts de travail, ou bien à des... des rendez-vous demandés à la dernière minute, euh, j'vois mon père, c'est plus compliqué avec ses potes. » (P4).

3. L'influence des années.

Soigner son entourage pouvait apparaître comme un exercice particulier pour le médecin généraliste. Mais il existait quelques similitudes avec les patients suivis depuis longtemps.

Avec ces patients, les sentiments perturbaient le jugement médical. « Un patient qu'on a depuis vingt... trente ans au final, c'est comme quelqu'un un peu de notre famille. » (P1). « C'est clair que les... l'objectivité se perd et se perd, euh... au fur et à mesure des, des années. » (P7). « Quelqu'un qui finit par vous connaître trop bien peut avoir... peut, à, à la longue [...] avoir un jugement qui va pouvoir être influencé, à son insu. » (P10).

D. Les solutions envisagées.

1. Clarifier dès le départ.

Dès la première demande de soins, il était important que le praticien fixe les règles. Il devait exposer à son proche les avantages et écueils potentiels de cette

relation originale. « *Gentiment, hein ? Mais poser les règles. [...] En disant : « C'est pas parce que on est amis que, hein, on fait c'qu'on veut. » » (P5).*

Un cadre bien défini et clair garantissait un respect mutuel et des soins de qualité. « *Ça sera plus facile aussi de soigner un ami, en sachant très bien qu'il te respecte comme médecin. » (P5).* « *C'est surtout le médecin qui doit être bien clair avec lui-même. Parce que s'il est clair avec lui-même, les autres le seront [...] avec lui. » (P10).*

2. Un choix libre et non figé.

Les patients faisaient leur choix après avoir été clairement informés. « *Si ils veulent me choisir, j'leur expliquerais [...] les limites. » (P7).* Le médecin généraliste gardait le dernier mot. « *J'comprendrais très bien qu'il m'dise : « Je préfère ne pas... » [...] j'le comprendrais très bien ! Parce que, justement, ça c'est lui, c'est sa décision. » (P10).*

Soigner l'entourage n'était pas une obligation pour le praticien. « *Chacun fait ce qu'il veut [...] le médecin, il est assez grand pour savoir ce qu'il a à faire. » (P8).* « *C'est personnel et ça dépend [...] la personnalité de chacun. » (P9).*

À l'inverse, les patients ne devaient pas se sentir contraints de se faire soigner par un proche. « *C'est pas parce que c'est un proche que tu dois rester avec lui ! » (P10).*

3. Partager la prise en charge, voire déléguer.

Certains envisageaient un suivi partagé ou alterné, notamment pour les problèmes plus gênants. « *Une consultation sur deux voir quelqu'un d'autre ! Comme ça, euh, t'as un avis extérieur. » (P4).* « *J'pense que c'est bien [...] d'être suivi par un deuxième médecin. » (P7).*

Mais additionner les référents médicaux risquait d'induire un flou dans la prise en charge. « *Si on en voit un pour tel problème, et l'autre pour tel problème [...] c'est comme aller voir plein de spécialistes et après au final on a... l'avis de chacun, et on n'a pas un avis global. (P9).*

Le médecin généraliste pouvait aussi adresser son proche à un confrère, lorsqu'il se sentait lui-même en difficulté. « *J'vais te confier à un confrère qui pourra mieux te suivre. » (P5).*

4. L'indispensable rigueur.

Pour des soins de qualité, le praticien devait faire preuve de rigueur avec ses proches :

- Savoir dire non quand il le faut.
- Rester professionnel en toutes circonstances, en reléguant les affinités au second plan. La neutralité devait rester le fil conducteur. « *C'est-à-dire qu'la personne qui passe la porte : « J'la connais, mais elle vient me voir en tant que patient ou patiente, elle vient pas me voir en tant qu'amie ».* » (P10). Il était parfois plus embarrassant d'être confronté à un médecin lui-même mal à l'aise avec ses proches. Un praticien expérimenté qui savait rester impassible était d'autant plus rassurant. « *Lui, il l'a pas montré. Et c'est là qu'il a bien [...] assimilé son rôle de médecin »* (P5). « *Que le, le patient n'puisse pas, effectivement, sentir le... une gêne. Même s'il y en a une !* » (P10).
- Ne se consacrer qu'à sa famille proche. « *Pour le médecin, il faut pas trop se disperser ! [...] Parce que quand on a trop de... trop d'amis [...] trop d'famille à soigner, euh... c'est quelquefois dangereux.* » (P8).
- Se remettre constamment en question.

5. Un comportement à revoir.

Certains participants suggéraient d'améliorer leur comportement pour soulager leur médecin :

- Se rendre en consultation pour être examiné. « *Ce serait plus facile à mon avis si j'allais à son cabinet.* » (P6). « *J'pense que c'est bien de, d'être examiné, euh, de temps en temps.* » (P7). Mais retrouver un statut de patient ordinaire comportait quelques désagréments. « *Rien que le fait d'être dans une salle d'attente [...] ça me fait bizarre parce que j'ai jamais été, euh, confronté à ça.* » (P7).
- Respecter la vie privée du médecin généraliste. « *Accepter [...] qu'il ait envie de se détendre le week-end et qu'il ait pas forcément envie de commencer à consulter toute la famille.* » (P6). « *Je n'admets pas, euh, qu'on soit toujours, euh... autour, euh... du médecin de famille [...] quand on est [...] en réunion [...] il a le droit de, de s'détendre comme tout le monde [...] d'avoir sa vie aussi.* » (P8).

- Rassurer son médecin. « *J'ai confiance en toi, et je pense que tu fais bien ce que tu fais.* » (P1). « *Non, sois pas gêné ! [...] Fais ton métier convenablement, moi je suis [...] très content que, que tu me soignes !* » (P5).

6. Une pratique à limiter ?

Certains le pensaient. « *Je leur conseillerais d'aller voir un autre médecin aussi. Par rapport au fait [...] que... il y ait des... par rapport aux pathologies intimes, par rapport au... au fait que ça peut créer des tensions.* » (P7). D'autres ne pouvaient pas concevoir qu'on leur interdise de choisir un proche comme médecin de famille. « *Pourquoi moi j'aurais pas le droit à son travail ? Enfin, à ses compétences, tandis que quelqu'un d'autre pourrait ?* » (P1). « *J'comprendrais pas [...] J'verrais pas trop l'intérêt en fait.* » (P4).

Changer de médecin de famille était envisageable dans des cas particuliers :

- Éloignement géographique. « *Soit parce qu'il était trop éloigné, soit parce que moi j'étais trop éloignée.* » (P2).
- Lorsque le médecin n'en avait plus la volonté ou les compétences. « *J'comprendrais, si par exemple, j'avais une [...] pathologie grave ou un truc dans ce genre là, et que, il se sentait pas [...] de continuer à me soigner.* » (P9).

DISCUSSION

Les participants choisissaient leur proche comme médecin de famille car il était avant tout une personne de confiance. Ce choix paraissait naturel pour certains. C'était une alternative clairement avantageuse pour d'autres : prise en charge simplifiée, accélérée et souvent gratuite, délivrée par un praticien disponible et facilement joignable. Ils admettaient que le médecin généraliste se trouvait parfois en position inconfortable. Eux aussi pouvaient rencontrer plusieurs difficultés.

Choisir un proche comme médecin de famille devait rester possible. Ils comprenaient que soigner l'entourage était un exercice particulier, qui nécessitait une grande rigueur. Définir conjointement un contrat de soins semblait primordial dans ce contexte.

I. Discussion de la méthode de recherche.

A. Choix d'une étude qualitative.

L'approche qualitative nous a semblé adaptée à la question de recherche. Elle est pertinente lorsqu'il s'agit d'étudier une problématique de soins primaires difficilement quantifiable. (8) Aucune étude qualitative explorant le ressenti et les attentes des patients faisant le choix d'un proche comme médecin de famille n'a été retrouvée lors de la phase de recherche. L'analyse des données verbales par théorisation ancrée apparaissait comme une solution adéquate puisqu'elle s'inscrivait dans une logique de découverte. Ce type de méthode présentait aussi l'intérêt de limiter les biais de préconception par l'absence de revue de la littérature préalable.

B. Recrutement.

L'échantillon n'était pas représentatif de l'ensemble des proches de médecins généralistes. Quelques participants ont été recrutés parmi les connaissances de l'investigateur principal. Cela pouvait influencer le cadre de communication. (9) Mais en brisant la hiérarchie interviewer/interviewé, nous avons parfois pu aller plus loin dans le processus de confession. (10)

Certaines catégories socio-professionnelles ou certains liens de parenté

n'étaient pas représentés au sein de cet échantillon. La variation maximale recherchée n'a peut-être pas été obtenue, en particulier en ce qui concerne ces variables. Deux facteurs pouvaient l'expliquer : l'obtention assez précoce de la saturation des données et le choix d'un recrutement par effet boule-de-neige.

Notre technique d'échantillonnage a pu induire un biais de sélection. Les enquêtés nous orientaient vers d'autres sujets d'intérêt : ceux qu'ils devaient juger les plus intéressés par notre étude.

Recruter des cas négatifs ou déviants, était un moyen de refléter l'expression de la diversité. (11) En inclure un dans notre étude nous a permis de recueillir un maximum d'opinions différentes.

C. Recueil des données.

Les entretiens individuels étaient plus appropriés pour le recueil d'informations confidentielles. Nous avons tenté de réunir les conditions les plus favorables pour les participants en leur laissant le choix du lieu et de l'heure des entrevues.

Les verbatim n'étaient pas vérifiables, à l'origine d'un biais de déclaration. Aborder des sujets intimes en cours d'interview, a fortiori avec l'un de ses proches, pouvait contraindre à une certaine retenue dans les propos. À l'inverse, les discours pouvaient parfois être exagérés. Pour y remédier, il aurait été intéressant de confronter le ressenti des patients et de leur médecin de famille au sein du même travail. Cette triangulation des données n'a pas été réalisée pour des raisons temporelles.

Nous avons fait le choix d'entretiens compréhensifs qui nécessitaient de rigoureuses capacités d'écoute et d'intervention, toujours de manière la plus neutre possible. L'inexpérience de l'enquêteur principal dans ce domaine représentait un biais d'investigation.

Tous les entretiens ont été intégralement enregistrés et fidèlement retranscrits. Le risque de perte d'informations non verbales a été minimisé par la prise de notes complémentaires pendant les entrevues.

D. Analyse des données.

La triangulation des chercheurs en cours de codage a limité les biais d'interprétation. En optant pour une analyse par théorisation ancrée, nous sommes assurés de fournir des résultats ancrés dans les données, en accord avec

le terrain. (12) Ces deux aspects ont permis de consolider la validité interne de notre étude.

II. Discussion des résultats.

A. Comment exploiter cette confiance ?

Les proches d'un médecin généraliste le choisissaient principalement parce qu'ils lui faisaient confiance. Ce résultat était en accord avec la Société Française de Médecine Générale (SFMG) qui affirmait que la confiance des patients envers leur médecin généraliste était constante. (13) Dans notre travail, cette confiance semblait indéfectible. D'autres auteurs confirmaient ce résultat. (14)

Les praticiens n'en avaient pas forcément conscience. Seuls 3 médecins sur 22 la citaient comme un argument en faveur du suivi des proches dans l'étude de Peltz-Aïm. (6) Quelques-uns ressentaient même parfois un manque de confiance de la part de leur entourage. (4) Les soignants craignaient des problèmes d'inobservance en raison d'une trop grande familiarité avec leurs proches. (15)

Les soignants interrogés par Dagnicourt admettaient que la confiance avait une influence positive sur les soins. (16) La couverture vaccinale des enfants de médecins généralistes apparaissait meilleure que dans la population générale dans une enquête réalisée par Madec. (17) Celle-ci notait aussi que les conjoints des médecins généralistes bénéficiaient d'une meilleure prise en charge préventive. La confiance était une condition nécessaire à l'établissement d'une alliance entre le patient et son médecin. (18)

Les médecins généralistes gagneraient à faire preuve de plus d'assurance lorsqu'ils sont confrontés à leur entourage. Un proche en confiance adhère davantage aux soins. C'est un précieux allié pour le praticien qui souhaite acquérir ou améliorer des compétences dans les champs de l'éducation, la prévention et le suivi.

B. Comment prendre une décision ?

99% des praticiens avaient déjà été confrontés à une demande de soins de la part de leur entourage dans une étude publiée en 1991. (19) C'était une démarche logique pour les patients mais aussi pour les médecins. (3)

Pour les patients, les avantages à choisir un proche comme médecin de famille étaient surtout d'ordre pratique et l'emportaient souvent au moment du choix. Les

proches se sentaient privilégiés. Ils étaient rassurés d'être soignés par un membre de leur entourage. (20) À l'heure de la complexification des systèmes de santé, pouvoir bénéficier facilement de conseils médicaux représentait un atout majeur. (21) Mais ils étaient conscients des limites de cette situation : les patients et leur médecin rencontraient chacun des difficultés.

Choisir ou non de soigner ses proches était sujet à controverse, sauf en cas d'urgence. L'occasion de prodiguer des soins à son entourage était vécue comme un privilège par certains médecins. (22) D'autres, au contraire, se sentaient forcés et culpabilisaient à l'idée de refuser une demande de prise en charge à un proche. (6) Pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins, l'objectivité nécessaire à l'action du médecin s'accommodait mal de sentiments subjectifs. (5) Le code de déontologie des médecins du Québec mettait également les praticiens en garde contre les méfaits de la proximité affective. (23)

Réglementer cette pratique paraissait illusoire, d'autant plus que les proches n'envisageaient pas qu'on leur interdise cette possibilité. Ils ne souhaitaient pas prendre la décision seuls et préféraient en discuter avec leur médecin de famille. Considérer conjointement les avantages et inconvénients de cette relation semblait être le moyen idéal pour prendre la meilleure décision.

c. Comment soigner ses proches ?

Les proches souhaitaient parfois être pris en charge comme des patients ordinaires. Mais ils trouvaient difficile de renoncer à leurs avantages. Schneck appelait ce phénomène le « Syndrome du VIP ». (22)

S'il accédait à la demande de prise en charge d'un proche, le médecin de famille devait parfois modifier sa pratique. Cela nécessitait un soignant rigoureux ou expérimenté. Des facteurs comme les émotions ou des conditions de consultation inadaptées augmentaient le risque d'événement indésirable selon Delmas. (24) Pour limiter le risque d'erreur médicale, certains proches recommandaient d'établir un contrat de soins avec le praticien. D'autres conseillaient de partager la prise en charge entre plusieurs médecins. La plupart des proches interrogés par Da Silva avaient d'ailleurs déclaré un médecin traitant qui n'était pas leur médecin de famille, illustrant cette notion de dualité. (18)

À l'image des participants de notre étude, des médecins estimaient qu'un lien affectif se créait aussi avec certains patients suivis depuis longtemps. (16) D'autres

situations en soins primaires devraient pouvoir bénéficier de ces propositions de prise en charge.

Les soignants n'étaient pas les seuls protagonistes à pouvoir influencer l'efficacité des soins. Les patients admettaient que leur comportement n'était pas toujours approprié et s'engageaient à le corriger pour soulager leur médecin. Ces deux acteurs devaient donc coopérer pour garantir des soins de qualité.

CONCLUSION

Avoir un médecin généraliste parmi son entourage est un atout incontestable pour le patient. Le choisir comme médecin de famille semble la solution la plus attirante. Mais c'est parfois au détriment de soins de qualité : le raisonnement médical paraît perturbé par cette proximité.

Ce travail cherchait à mieux comprendre les déterminants de ce choix en explorant le ressenti de patients ayant choisi un proche comme médecin de famille. L'objectif était de fournir des outils supplémentaires aux médecins généralistes confrontés à leurs proches.

Certains soignants seront rassurés de constater qu'il s'agit avant tout d'un choix fondé sur la confiance. La liberté de choix devait rester un principe inébranlable. Mais il était important d'interpeller les proches au préalable, en engageant une réflexion mutuelle. Établir un contrat de soins en partenariat avec le praticien était une des propositions pour lutter contre les pièges de cette relation.

Grâce à ce travail, les médecins généralistes pourront développer certaines compétences ou adapter leur pratique pour améliorer l'efficacité des soins délivrés à leur entourage.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. WONCA Europe. (page consultée le 8/12/14). La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille, [en ligne].
<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
2. Jaddo. (page consultée le 15/07/14). Je sais que t'aimes pas donner des conseils médicaux, mais..., [en ligne]. <http://www.jaddo.fr/2011/04/10/>
3. Castera F. Le médecin généraliste, médecin de sa famille ? Enquête auprès de 100 médecins généralistes installés en Haute-Garonne sur les soins apportés à leurs proches [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Toulouse 3; 2005.
4. Cart S. Vécu des médecins généralistes et des pédiatres du Nord-Pas de Calais en tant que soignant de leur famille [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lille 2; 2014.
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins. (page consultée le 24/11/14). Code de déontologie médicale, article R 4127-7, commentaire N°2, [en ligne].
<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-7-non-discrimination-231>
6. Peltz-Aïm J. Comment les médecins se positionnent-ils vis-à-vis des maladies de leurs proches ? Une étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris-Diderot; 2012.
7. Eastwood GL. When relatives and friends ask physicians for medical advice : ethical, legal and practical considerations. J Gen Intern Med. 2009 Dec 24;24(12):1333-5.
8. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84(19):142-5.
9. Blanchet A, Godman A. L'entretien. 2^e éd. Paris: Armand Colin; 2014.
10. Kaufman JC. L'entretien compréhensif. 3^e éd. Paris: Armand Colin; 2014.
11. Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. 2002;3:81-90.

12. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique. 1994;23:147-181. <http://id.erudit.org/iderudit/1002253ar>
13. SFMG. (page consultée le 25/08/2015). Le patient et son généraliste « médecin traitant », [en ligne].
http://www.sfmq.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_lepatient_medtrait_vf0af76.pdf
14. Caniato E. Ressentis et attentes des patients soignés par leur proche-médecin. Enquête qualitative auprès de 12 proches de médecins généralistes exerçant en région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lyon 1; 2015.
15. Scarff J. (page consultée le 22/08/2015). Treating family members, [en ligne].
<http://www.currentpsychiatry.com/the-publication/past-issue-single-view/treating-family-members/366338a3f592448446d1638a6b0348d8.html>
16. Dagnicourt P. Soigner ses proches, une attitude à raisonner ? Réflexion sur les interférences entre la relation de soin et la relation préexistante par enquête qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2012.
17. Madec N. La prévention au sein de la famille du médecin généraliste. Description à partir d'une enquête menée auprès de 100 conjoints [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes; 2010.
18. Da Silva M. Quelles sont les attentes et le ressenti des proches du médecin généraliste ? Étude qualitative auprès de 12 patients des Alpes Maritimes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice; 2014.
19. La Puma J, Stocking CB, La Voie D, Darling CA. When physicians treat members of their own families. Practices in a community hospital. N Eng J Med. 1992 Oct 31;325(18):1290-4.
20. Winckler M. La maladie de Sachs. P.O.L éditeur; 1998.
21. Fromme EK, Farber NJ, Babbott SF, Pickett ME, Beasley BW. What do you do when your loved one is ill ? The line between physician and family member. Ann Intern Med. 2008 Dec 2;149(11):825-31.
22. Schneck SA. « Doctoring » doctors and their family. JAMA. 1998 Dec 16;280(23):2039-42.
23. Collège des médecins du Québec. (page consultée le 14/09/2015). Code de déontologie des médecins du Québec, article 70, [en ligne].
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/M_9/M9R17.HTM

24. Delmas V. Soigner ses proches : une erreur ? Recherche des facteurs contributifs d'évènements indésirables lors de soins délivrés par un médecin généraliste à ses proches [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lyon 1; 2014.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien initial.

Je suis interne en Médecine Générale et travaille actuellement comme remplaçant. Au cours de ma pratique, j'ai parfois été sollicité par ma famille ou mes amis, et j'ai voulu consacrer ma thèse à ce sujet, qui fait souvent débat.

Je voudrais comprendre, grâce à cet entretien, comment vous avez choisi votre médecin de famille, dont vous êtes proche. L'objectif est d'apporter une aide supplémentaire aux médecins généralistes confrontés à des situations similaires.

Je vais enregistrer l'entretien, qui sera strictement confidentiel

Avez-vous des questions ?

- Qui est votre médecin de famille ? (*Question « brise-glace »*).
- Comment avez-vous été amené à faire ce choix ? (*Histoire personnelle ; circonstances particulières*).
- Pourquoi l'avoir choisi ? (*Explore les raisons d'un tel choix*).
- Selon vous, est-ce qu'il existe des avantages à se faire soigner par un proche ? Et pour votre médecin ? (*Bénéfices éventuels ; points positifs pour le patient et le médecin*).
- Pensez-vous qu'il existe des inconvénients à confier vos soins à un proche ? Avez-vous déjà rencontré des difficultés et dans quelles circonstances ? Et votre médecin ? (*Points négatifs ; situations problématiques pour le patient et le médecin*).
- Comment faites-vous quand vous êtes malade ? (*Modalités d'accès aux soins ; habitudes du patient*).

- Pour vous, est-ce une situation à encourager, ou au contraire à limiter/réglementer ? (*Solutions envisagées par le patient ; propositions, suggestions pour améliorer la relation de soin ; mise en évidence des limites de cette situation*).
- Votre médecin vous a-t-il déjà fait part de son avis sur la question? Comment a-t-il réagi à votre demande de prise en charge ? Comment réagiriez-vous en cas de réticence de sa part ? (*Explorer l'avis des médecins, la réponse qu'ils apportent à leurs proches face à une demande de prise en charge*).
- Comment jugez-vous la relation que vous entretenez avec votre médecin ? Avez-vous d'autres choses à ajouter ? (*Motifs de satisfaction ou de mécontentement ; points non abordés*).

Je vais maintenant recueillir certaines informations vous concernant (*données sociodémographiques*). Vous n'êtes pas obligé(e) d'y répondre. Par ailleurs, connaissez-vous d'autres patients dans la même situation et qui accepteraient de participer à mon enquête ? (*Échantillonnage par effet « boule de neige »*).

Annexe 2 : Guide d'entretien final.

- Certains patients ont affirmé qu'ils ne confiaient pas tout à leur médecin, par gêne/pudeur. Qu'en pensez-vous ? Est-ce le cas pour vous aussi ? Si oui, dans quels domaines ? Que craignez-vous ? Quelles pourraient être les conséquences ? (*Hypothèse de difficultés à se confier à son médecin, d'autant plus qu'il s'agit d'un proche, dans les domaines intimes*). Vous êtes-vous déjà senti(e) en difficulté face à votre médecin ? Que craignez-vous ?
- Une des raisons pour lesquelles les proches d'un médecin généraliste le choisissent comme médecin de famille était qu'ils lui accordent une grande confiance. Êtes-vous d'accord avec cet argument ? Comment l'expliquer ? (*Explorer les justifications d'une telle confiance ; premier argument avancé par les patients pour justifier leur choix*).
- Des proches interviewés ont été témoins des difficultés engendrées pour le praticien dans certaines situations. Avez-vous conscience de l'embarras de votre médecin lorsqu'il suit un de ses proches ? Si oui, pourquoi continuer à le voir ? (*Conscience ou non du problème ; arguments avancés pour expliquer l'absence de remise en cause de ce choix malgré la souffrance du médecin*). Est-ce une situation embarrassante pour votre médecin ? Votre médecin vous a-t-il déjà confié être gêné pour vous soigner ? Doit-il avouer sa gêne au patient ?
- Comment pourrait-on diminuer les contraintes qui pèsent sur le médecin ? (*Explorer les solutions envisagées par les patients pour soulager leur médecin : souci de protection, second recours, autre*). Comment aider le médecin ?
- Quelles sont vos motivations en choisissant un proche comme médecin de famille ? Ces motivations sont-elles les mêmes pour tous les proches ? (*Mise en évidence d'une différence ami/famille et même au sein de la famille en fonction du lien de parenté*).

- Lorsque vous êtes malade, quel regard portez-vous sur votre médecin ?
Qu'attendez-vous de lui ? (*Confusion des rôles mise en évidence dans les entretiens précédents ; attentes et poids des responsabilités*).
- Le proche peut-il/est-il un malade comme les autres? (*Différences de comportement ; attentes du patient*). Quelles différences y a-t-il avec un autre patient ?
- Le secret médical peut-il exister au sein de la famille ? (*Explore la thématique du secret médical, son respect, ses limites*).
- Faites-vous davantage appel au médecin ? (*Facilité d'accès qui aurait pour conséquence une multiplication des consultations médicales*).
- Vous sentez-vous mieux soigné(e)/Estimez-vous être soigné(e) différemment ? (*Ressenti sur leur prise en charge, attentes*).
- Avez-vous déjà discuté de l'intimité, de la confidentialité et du paiement avec votre médecin ? À quel moment ?
- Pourquoi le sollicitez-vous ? (*Simple demande d'avis ; demande d'orientation vers un spécialiste ; demande de prise en charge*).
- Pensez-vous que cela soit difficile pour votre médecin de vous soigner ?
- Suivez-vous toujours les prescriptions de votre médecin ?
- Les responsabilités sont-elles trop lourdes à assumer pour le médecin ?
- Avez-vous envie d'être considéré(e) comme un(e) patient(e) « normal(e) » ?
Vous sentez-vous privilégié(e) ? Renoncerez-vous à ces avantages ?
- Réglez-vous la consultation ? Dans la négative, cela vous ennuie-t-il ?
- Pensez-vous bénéficier plus souvent d'ATB ou d'exams complémentaires ?

AUTEUR : HENNEVIN Rémi

Date de Soutenance : Jeudi 5 Novembre 2015

Titre de la Thèse : Médecin de sa famille : Une gageure ? Point de vue de l'entourage du médecin généraliste.

Thèse - Médecine - Lille - 2015

Cadre de classement : Thèse de Médecine Générale

DES + spécialité : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Médecins, Famille, Amis, Proches, Soins primaires, Relation médecin-malade.

Résumé :

Contexte : Malgré des difficultés manifestes, la plupart des médecins généralistes prenaient en charge leurs proches. Des études ont tenté de comprendre ce choix en interrogeant les praticiens, mais peu ont été menées directement auprès de leur entourage. Un travail qualitatif explorant leur ressenti semblait pertinent dans ce contexte.

L'objectif de cette étude était de fournir aux médecins généralistes des éléments de compréhension supplémentaires pouvant les guider lorsqu'ils soignent leur entourage.

Méthodes : Des patients ayant choisi un médecin de famille dont ils étaient des proches ont été recrutés par effet boule de neige. 10 entretiens individuels semi-dirigés ont été enregistrés et retranscrits jusqu'à saturation des données. Les verbatim ont été analysés par deux chercheurs selon une approche par théorisation ancrée, grâce au logiciel QSR NVivo 10.

Résultats : Les participants jugeaient cette pratique naturelle, reposant sur une confiance indéniable. Mais elle nécessitait un soignant rigoureux et expérimenté. Ils en étaient satisfaits car elle offrait des avantages pratiques. Ils admettaient qu'il existait aussi de nombreux inconvénients, tant pour les médecins que pour leurs proches. S'ils faisaient ce choix, un changement de leur comportement était préférable. Il convenait aussi de définir avec le praticien un cadre de consultation clair. Partager la prise en charge entre plusieurs médecins généralistes était une autre solution envisagée par ces patients atypiques.

Conclusion: Établir ensemble un contrat de soins est un des moyens de lutter contre les dérives de cette relation particulière. Les médecins généralistes peuvent profiter de cette situation pour développer et améliorer des compétences utiles en soins primaires.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur L. DEFEBVRE

Assesseurs : Monsieur le Professeur O. COTTENCIN

Monsieur le Professeur P. LEROUGE

Monsieur le Docteur M. CUNIN

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur P. LEROUGE