



**UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

***Année : 2019***

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

***Quand les espaces de vie deviennent des espaces de soin.***

***Présentée et soutenue publiquement le 4 juillet 2019 à 16 heures  
Au Pôle Recherche  
Par Chloé Mille***

---

**JURY**

***Président :***

***Monsieur le Professeur COTTENCIN Olivier***

***Assesseurs :***

***Monsieur le Professeur LEFEBVRE Jean-Marc***

***Madame le Docteur ZEROULOU Zaihia***

***Directeur de Thèse :***

***Monsieur le Docteur MESSAADI Nassir***

*Avertissement*

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

## **Liste des abréviations**

AcBUS : Accord de Bon Usage des Soins

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNTRL : Centre National de Ressource Textuelles et Lexicales

DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age

EHPAD : Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes

PPR : Pseudo Polyarthrite Rhizomélique

## Table des matières

<b>RESUME</b> .....	1
<b>INTRODUCTION</b> .....	2
<b><i>I. Point de départ de ma réflexion</i></b> .....	2
<b>a. Vécu professionnel</b> .....	2
<b>b. Vécu personnel</b> .....	3
<b><i>II. Problématique</i></b> .....	4
<b><i>III. Cadre théorique</i></b> .....	6
<b>a. La notion de dignité</b> .....	6
<b>1. Du point de vue étymologique</b> .....	6
<b>2. Du point de vue philosophique</b> .....	7
<b>3. Du point de vue juridique</b> .....	9
<b>4. Du point de vue médical</b> .....	11
<b>5. Pour résumer</b> .....	12
<b>b. La notion du rapport à</b> .....	13
<b>1. Le rapport au savoir</b> .....	13
<b>2. Le rapport à soi</b> .....	14
<b>3. Le rapport à autrui</b> .....	14
<b>c. La notion de relation</b> .....	15
<b>1. Au niveau psychosocial</b> .....	16
<b>2. Au niveau du soin médical</b> .....	18
<b>d. Notions dans la relation de soin en lien avec la dignité</b> .....	18
<b>1. Prendre soin</b> .....	19
<b>2. Empathie et écoute active</b> .....	19
<b>3. Sollicitude</b> .....	20
<b>4. Cure et care</b> .....	20
<b>5. Confiance</b> .....	20
<b>6. Bienfaisance, bienveillance, bienveillance</b> .....	20
<b>7. Vulnérabilité, fragilité, autonomie, hétéronomie, dépendance</b> .21	
<b>8. Délicatesse</b> .....	22
<b>9. Relation asymétrique, reconnaissance réciproque</b> .....	22
<b>10. Pour résumer</b> .....	23
<b>MATERIELS ET METHODE</b> .....	24
<b><i>I. Type d'étude</i></b> .....	24

<i>II. Critères d'inclusion et de non inclusion</i> .....	24
<i>III. Méthode de recrutement</i> .....	25
<i>IV. Déroulement des entretiens</i> .....	25
<i>V. Analyse des données</i> .....	26
<i>VI. Éthique</i> .....	27
<b>RESULTAT</b> .....	28
<i>I. Analyse des cas</i> .....	28
<b>a. Soignant 1 : Docteur C</b> .....	28
1. Biographie.....	28
2. Analyse du cas.....	29
<b>b. Soignant 2 : Docteur D</b> .....	33
1. Biographie.....	33
2. Analyse de cas.....	34
<b>c. Soigné 1 : Madame F</b> .....	38
1. Biographie.....	38
2. Analyse de cas.....	40
<b>d. Soigné 2 : Monsieur C</b> .....	43
1. Biographie.....	43
2. Analyse de cas.....	44
<b>e. Soigné 3 : Madame T</b> .....	46
1. Biographie.....	46
2. Analyse de cas.....	48
<b>f. Soigné 4 : Madame M</b> .....	52
1. Biographie.....	52
2. Analyse de cas.....	53
<b>g. Soigné 5 : Monsieur B</b> .....	56
1. Biographie.....	56
2. Analyse de cas.....	57
<b>h. Soigné 6 : Madame C</b> .....	60
1. Biographie.....	60
2. Analyse de cas.....	61
<b>DISCUSSION</b> .....	64
<b><i>I. Limites et points forts de la méthode</i></b> .....	64
<b><i>II. Le motif des visites : le pourquoi</i></b> .....	65
<b><i>III. Le déroulement du soin</i></b> .....	66

<b>IV. La relation de soin</b> .....	68
<b>CONCLUSION</b> .....	71
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	72
<b>ANNEXES</b> .....	76
<i>ANNEXE 1 : Présentation</i> .....	76
<i>ANNEXE 2 : Grilles d'entretien initiales</i> .....	77
<i>ANNEXE 3 : Grilles d'entretien finales</i> .....	80
<i>ANNEXE 4 : Critères COREQ</i> .....	84
<i>ANNEXE 5 : Critères AcBUS</i> .....	87
<i>ANNEXE 6 : Questionnaire</i> .....	88

## RESUME

**Contexte :** dans un contexte de vieillissement de la population française, les visites des médecins généralistes ont un rôle important à jouer en faveur du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. La relation soignant-soigné doit être interrogée dans ce contexte afin de rechercher les meilleures conditions de soin pour ce public vulnérable et dans ce nouvel espace de soin qu'est le domicile du patient. Dans ce nouveau cadre, la dignité du patient est-elle bien respectée ?

**Méthode :** il s'agit d'une étude qualitative par analyse de cas avec échantillonnage théorique. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec deux médecins généralistes exerçant en zone urbaine ainsi qu'avec trois de leurs patients respectifs. Les patients inclus étaient vus uniquement à leur domicile et âgés de plus de 60 ans. Ces entretiens ont été enregistrés puis retranscrits sous la forme de verbatims. Une analyse par codage thématique via le logiciel NVivo a été réalisée, avec triangulation des données.

**Résultats :** au cours des entretiens, on constate que le soigné attend du médecin qu'il fasse preuve de sollicitude en acceptant de se déplacer au domicile compte tenu de ses vulnérabilités. Le soigné se montre attentif au savoir-faire du médecin et en particulier à sa rigueur. Le médecin doit aussi faire preuve de savoir-être en adoptant une écoute active et une attitude bienveillante. La plupart des soignés aspirent à prendre une part active dans la relation de soin. La mise en œuvre d'une reconnaissance réciproque, l'attitude empathique du médecin et l'instauration d'une relation de confiance sont autant de facteurs contribuant à améliorer la qualité de la relation de soin.

**Conclusion :** Afin de veiller au respect de la dignité de nos patients dans ce contexte, il importe avant tout de garder à l'esprit que le soigné est le premier acteur de son soin, et partant, d'agir en conséquence en lui donnant les moyens de jouer pleinement ce rôle.

## INTRODUCTION

### I. Point de départ de ma réflexion

#### a. Vécu professionnel

Au cours de mon parcours professionnel et personnel, j'ai été confrontée à certaines situations qui m'ont amenée à réfléchir sur la notion de dignité dans le soin. Je me suis également intéressée de plus près à une autre notion, celle de la relation soignant-soigné. En effet, en partant de la dignité, je me suis aperçue que celle-ci est un repère essentiel dans notre soin.

Les différentes situations qui m'ont conforté dans le choix de ce sujet de thèse sont les suivantes :

En premier lieu, lors de mes stages en Gériatrie, j'ai pu me rendre compte que la prise en charge globale est primordiale. Cependant, j'ai pu constater que les actes médicaux et les soins techniques associés à la pression administrative se font souvent au détriment du soigné et de son entourage. Le soignant ne peut donc malheureusement pas être toujours à l'écoute ou disponible. Le manque de personnel paramédical m'a également marquée. En effet, en sous-effectif, les prises en charge se font quelques fois « à la chaîne », sans réel affect. Malgré une volonté d'être dans la bientraitance, afin de respecter la dignité du soigné, cela n'est malheureusement pas toujours réalisé ou réalisable (1).

C'est lors de mon stage en Psychiatrie que j'ai été le plus confrontée à la notion d'autonomie du soigné. En effet, il pouvait arriver que je sois amenée à prescrire des contentions médicamenteuses et physiques ainsi que la chambre d'isolement. Dans ce cas précis, le soigné n'étant pas en possession de tous ses moyens, cette prise en charge était justifiée sur le plan médical, mais cela m'a amenée à me poser certaines questions :

- La relation soignant-soigné n'était-elle pas perturbée, du fait que le soigné soit en position de vulnérabilité ?
- N'y a-t-il pas une perte de confiance du soigné dans cette relation dissymétrique ?
- La dignité de la personne était-elle conservée ?
- N'y a-t-il pas de la maltraitance dans ce contexte de vulnérabilité ? (2,3)

## **b. Vécu personnel**

De par mon vécu personnel, j'ai aussi dû me questionner sur l'attitude à adopter devant l'apparition d'une fragilité chez une personne de mon entourage.

C'est une responsabilité nouvelle, où nous devons essayer d'agir dans l'intérêt d'autrui. La notion de confiance est importante ici, prendre soin d'une personne vulnérable nous amène à avoir une plus grande responsabilité. Avec sa confiance, nous serons plus écoutés et respectés dans nos décisions. Cette relation de soin doit être empreinte de sollicitude c'est-à-dire apporter toute notre attention de soignant envers le soigné vulnérable. Paul Ricoeur plaide pour cette perspective, pour lui, le respect de la dignité de nos aînés est fondé sur cette sollicitude. Cela m'a amenée à me poser d'autres questions : (4)

- Comment *prendre soin* d'une personne vulnérable ?
- À quel moment doit-on être plus dans le *care* c'est-à-dire dans l'attention d'autrui que dans le *cure* c'est-à-dire dans les soins techniques ?

C'est ce cheminement qui m'a donné envie de réaliser ma thèse sur la relation de soin en partant de la notion de dignité du soigné.

Cette relation soignant-soigné est normée. Elle n'est généralement pas remise en question. Pourtant, cette relation est complexe et un équilibre doit toujours être recherché. Pour cela nous devons notamment nous interroger sur le lien et l'influence réciproque entre celui qui soigne (le soignant) et celui qui est en demande (le soigné). Cette relation, d'essence dissymétrique, est encore plus complexe quand le soigné est en situation de vulnérabilité. C'est cette situation qui m'a particulièrement intéressée, et poussée à identifier les moyens pouvant faciliter ce lien (5).

Lors de mon stage d'externat en médecine générale, j'avais constaté que l'entretien réalisé au cours des visites à domicile était différent de celui réalisé au cabinet médical. Je me suis questionnée sur les points suivants :

- Dans quelle mesure ce changement de cadre influence-t-il cette relation ?
- Quel est le ressenti du soignant et du soigné dans ce contexte ?

J'ai donc décidé de me centrer sur la relation soignant-soigné au cours des visites à domicile chez des personnes vulnérables (6).

Dans un premier temps, j'expliquerai ma problématique et ma question de recherche en découlant. Ensuite, l'étayage théorique permettra de définir les notions nécessaires à la compréhension de mon sujet d'étude. Cet étayage a été réalisé en collaboration avec une autre interne en médecine générale sur le thème de la dignité et d'autres notions annexes. Enfin, je prendrai le temps d'expliquer la méthode utilisée.

## II. Problématique

J'ai donc voulu m'intéresser à la relation soignant-soigné qui est un des piliers de notre métier de médecin. Cette relation fait partie intégrante de notre métier. Elle est complexe, unique et en recherche constante d'un certain équilibre entre le soignant et le soigné.

Cette relation est d'autant plus complexe, lorsque le soigné est en situation de vulnérabilité.

Les visites à domicile nous conduisent à prendre soin de personnes souvent vulnérables. De plus, le domicile est un espace de vie qui n'est pas, par nature, dédié au soin. Dans cet espace, les soignés peuvent paradoxalement manquer de repères et de ce fait, se sentir encore plus vulnérables.

Ce type de situation sera de plus en plus fréquent en France en raison du vieillissement accru de sa population, mais aussi du fait des politiques actuelles favorables au maintien à domicile. Il est donc important de s'intéresser à ce sujet, en vue d'adapter nos pratiques dans l'intérêt du soigné (7,8).

Michel Dupuis, philosophe, écrit que le savoir-faire mais aussi le savoir-être de tout professionnel est aujourd'hui plus que jamais essentiel :

« Il est urgent que nos cultures et leurs institutions se remettent en quête d'une pédagogie permanente d'un savoir être et d'un savoir-faire adéquats pour entrer dans cette nouvelle ère de l'histoire de l'humanité où la solidarité des humains s'inventera la capacité d'accompagner - longuement, patiemment et vivement- le désir des personnes âgées, dans le soin, dans la dignité, dans la liberté, jusqu'à un bout qui n'est plus si proche ». (p35) (6).

Christian Swine, Professeur en Gériatrie, explique bien quant à lui, le phénomène du double vieillissement : d'un côté le *pattern* robuste (le « bien vieillir »), de l'autre un groupe plus vulnérable, exposé à certaines fragilités pouvant entraîner des déficits. Le prendre soin actuel n'est plus seulement biomédical mais tend vers le bio-psycho-social. On attend du

soignant, non plus uniquement de guérir une pathologie mais de prendre en compte également le mode de vie du soigné et la qualité de vie désirée (6).

Du point de vue de la santé : selon l'Organisation Mondiale de la Santé, entre 2015 et 2050, la proportion des 60 ans et plus dans la population mondiale va presque doubler, passant de 12% à 22% (9). A partir de 60 ans, on parle d'âge de transition et de grand âge à partir de 80 ans. Mais, l'âge est un marqueur arbitraire, il ne faut pas le prendre en compte seul.

Enfin, Hesbeen, Docteur en santé publique, nous fait constater qu'une majorité de personnes en perte d'autonomie sont maintenues à domicile :

« [...] 72,6% des personnes en perte d'autonomie vivent à domicile » (p135 : source INSEE 2015) (6).

Du point de vue légal, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement se traduit par une réforme de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile dont la mise en place date de décembre 2015. Elle aide à financer le maintien à domicile des personnes âgées de 60 ans ou plus en perte d'autonomie (frais d'aide à domicile, aides techniques, hébergement temporaire, accueil de jour). La loi donne la priorité à l'accompagnement à domicile afin que les personnes puissent vieillir chez elles dans de bonnes conditions (10).

Par conséquent, les visites à domicile auront un rôle primordial dans ce maintien à domicile. La relation soignant-soigné doit être interrogée dans ce contexte (11).

Mon hypothèse de départ étant que la dignité du soigné est perturbée dans la relation médecin-patient au cours de la visite à domicile.

L'objectif de mon sujet de thèse est de comprendre comment la dignité du soigné peut être respectée dans la relation soignant-soigné à domicile.

Ma question de recherche porte sur la relation soignant-soigné dans un nouvel espace de soin et dans un contexte de vulnérabilité :

- À quelles conditions les espaces de vie deviennent des espaces de soin pour un public vulnérable ?

Afin de pouvoir répondre correctement à cette question de recherche, une nouvelle partie étayant ma théorie est nécessaire.

### **III. Cadre théorique**

#### **a. La notion de dignité**

Dans cette partie, j'aborderai en premier lieu la notion de dignité au sens étymologique, philosophique, juridique et enfin médical.

Ensuite, en partant de la notion de dignité pour arriver jusqu'à la notion de relation de soin, j'aborderai brièvement d'autres notions.

Tout d'abord, je parlerai du *rapport à* sous trois axes : rapport au savoir, à soi et à autrui. Dans un second temps, nous verrons la notion de relation au sens général puis plus précisément la relation soignant-soigné. Dans le cadre de ce type particulier de relation, j'expliquerai plus en détail certaines notions sous-jacentes.

Concernant la notion de dignité, plusieurs sens sont à prendre en compte. À titre d'exemple, on peut trouver plusieurs définitions de la notion de dignité en ouvrant un dictionnaire comme celui du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNTRL) : selon les cas « Sentiment de la valeur intrinsèque d'une personne ou d'une chose, et qui commande le respect d'autrui. » ou « Prérogative (charge, fonction ou titre) acquise par une personne (un groupe de personnes), entraînant le respect et lui conférant un rang éminent dans la société. » (12).

#### **1. Du point de vue étymologique**

D'un point de vue étymologique, le mot dignité provient du latin et du grec.

Du latin *decere* ou *dignitas*, il signifie « convenable » ou « charge qui donne à quelqu'un un rang éminent » (12).

Du grec *axios*, il signifie « ce qui vaut, ce qui est convenable, ce qui mérite » (13).

Les synonymes pouvant lui être attribués sont multiples. Ceux qui me semblent importants pour mon sujet sont : honneur, fierté, décence, place et respectabilité (14).

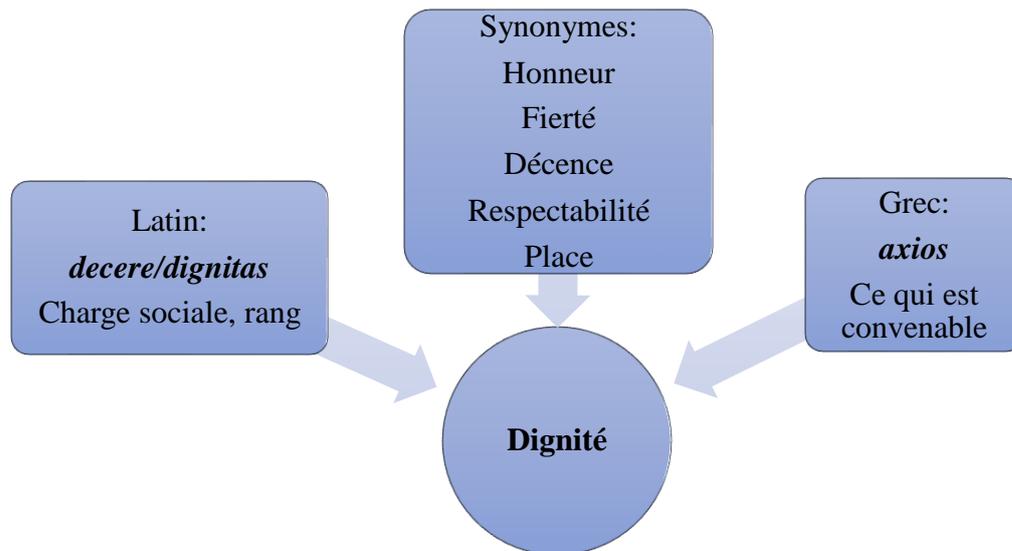


Figure 1 : Sens étymologique de la notion de dignité

## 2. Du point de vue philosophique

Du point de vue philosophique, j’aborderai la dignité au cours de l’Antiquité avec Aristote, Socrate et Platon. Puis, ses représentations au cours du Moyen-Age et de la Renaissance avec Pic de la Mirandole. Enfin, de manière plus récente je l’aborderai selon le point de vue de deux auteurs : Emmanuel Kant et enfin Éric Fiat.

Durant l’Antiquité, la notion de dignité est étroitement liée aux actes de la personne. Pour Aristote, c’est l’intelligence qui fonde la dignité humaine, le différenciant des animaux privés de pensée. L’être humain par ses actes accède au vice ou à la vertu. La notion d’humanité est importante, chaque acte devant être accompli dans une reconnaissance réciproque. Toujours selon Aristote, il est important de respecter l’intégrité du corps y compris celui des morts qui est indissociable de l’âme (15). Pour Platon dès l’Alcibiade, et Socrate c’est le « connais-toi, toi-même » qui prime avant tout. L’homme doit prendre conscience de sa propre mesure sans tenter de rivaliser avec les Dieux. Il doit découvrir en lui ce qu’il y a de beau, ce qu’il y a de bon. (p22) (16).

Au Moyen Age, la notion de liberté apparaît, au sens du libre arbitre d’agir en toute intelligence. Il y a donc un lien de causalité qui apparaît entre la personne et la liberté : la responsabilité d’autrui (p23-24) (16).

À la Renaissance, Pic de la Mirandole aborde la dignité comme une auto construction dans son Discours sur la dignité de l’homme (1496) (p25-26) (16). L’homme se construit par lui-même au fil du temps en se cultivant, en apprenant et n’est qu’une ébauche au départ au

potentiel multiple. Pour lui, l'image humaine est « indistincte » c'est-à-dire en mouvement constant.

Puis, Emmanuel Kant (1724-1804) quant à lui présente la dignité humaine comme un impératif catégorique qu'il discernait à l'intérieur de l'être rationnel. C'est une valeur inhérente, intrinsèque à chaque personne qui est unique et ne peut être remplacée par rien. Il exprime, de ce fait, une exigence de non instrumentalisation de l'être humain et le formule en ces termes : « Dans le règne des fins, tout a un PRIX ou une DIGNITE. Ce qui a un prix peut être aussi bien remplacé par quelque chose d'autre à titre d'équivalent ; au contraire, ce qui est supérieur à tout prix, et par suite n'admet pas d'équivalent, c'est ce qui est dignité » (p29) (16).

Enfin, Éric Fiat, philosophe et professeur d'éthique médicale du XXI<sup>ème</sup> siècle, aborde la dignité dans son ouvrage le petit traité de dignité, grandeurs et misères des hommes. Il lui attribue cinq conceptions qui auront deux sens opposés, tantôt ontologique, tantôt postural. Le sens ontologique (sens contemporain) où la dignité est une valeur intrinsèque à tout être humain. Le sens postural où il y a la possibilité de perte de la dignité en fonction des conditions ou de ses conduites. Les cinq conceptions sont les suivantes :

La conception bourgeoise a un sens postural. La dignité a une valeur extrinsèque avec caractère de hiérarchisation, de discrimination et de contenance. Elle apparaît avec la bourgeoisie du XVIII<sup>ème</sup> siècle en vue de se substituer à la valeur d'honneur qui était alors réservée à la noblesse.

La conception monothéiste a un sens ontologique avec notion de valeur intrinsèque, absolue et inaliénable de la dignité. Une place importante est accordée à l'amour du prochain.

La conception kantienne a un sens ontologique. Je l'ai exposée précédemment.

La conception relationnelle attribuée à Hegel a un sens ontologique. Elle accorde une place primordiale au regard et à la reconnaissance par autrui. L'autre occupe une place essentielle dans cette conception : la dignité n'existe pleinement qu'à condition d'être reconnue.

La conception moderne avec Descartes a un sens postural avec la notion d'autonomie, de maintien et d'indépendance. L'homme est maître et possesseur de la nature. Le but premier est de conserver la santé. Il fait en sorte que l'homme reste digne, en respectant certaines conditions(17).

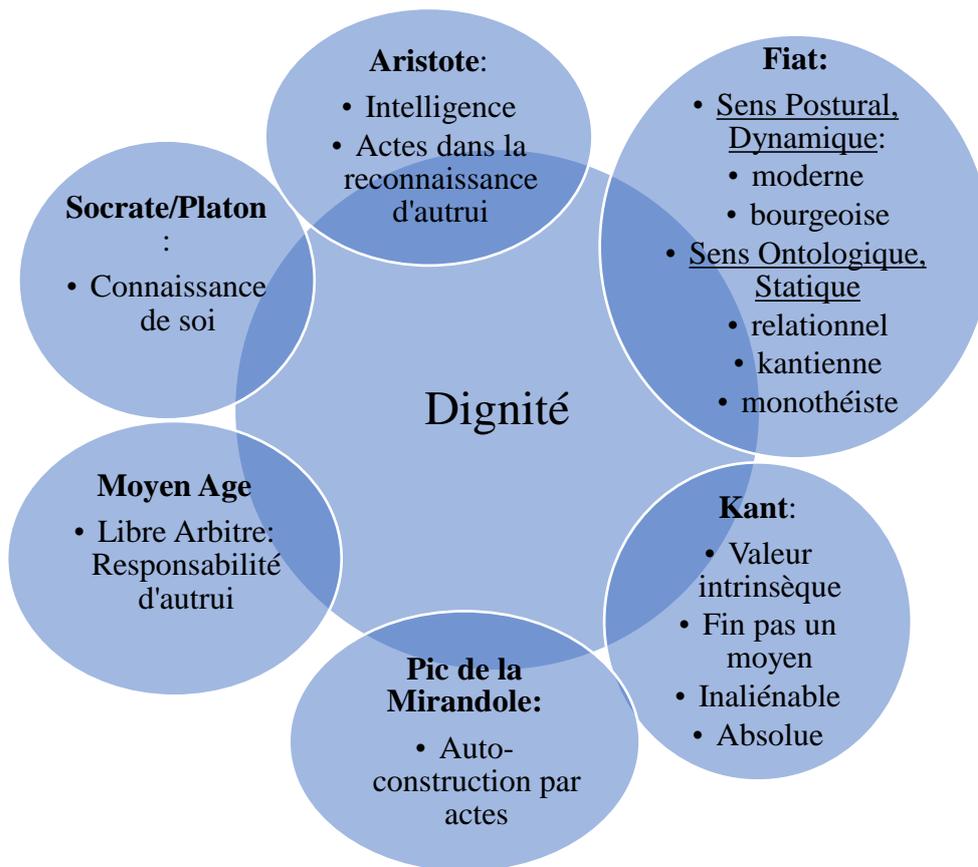


Figure 2 : Sens philosophique de la notion de dignité

### 3. Du point de vue juridique

Sur le plan juridique, la dignité est définie en tant que dignité personnelle dans un premier temps puis en tant que dignité humaine.

Avant la seconde guerre mondiale et le procès de Nuremberg en découlant, la notion de dignité personnelle renvoyait d'une part au rang social et d'autre part aux actes et conduites d'une personne. C'est une conception dynamique, les actes et les conduites peuvent en modifier la finalité. Elle apparaît d'ailleurs dans la déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 :

Article VI. « La Loi est l'expression de la volonté générale. Tous les Citoyens ont droit de concourir personnellement, ou par leurs Représentants, à sa formation. Elle doit être la même pour tous, soit qu'elle protège, soit qu'elle punisse. Tous les Citoyens étant égaux à ses yeux sont également admissibles à toutes dignités, places et emplois publics, selon leur capacité, et sans autre distinction que celle de leurs vertus et de leurs talents. » (18).

Après les atrocités de la seconde guerre mondiale, la dignité n'est plus uniquement personnelle, elle apparaît aussi humaine. La dignité passe dans une conception statique, elle est considérée comme une partie intégrante de l'être et devient inaliénable. La déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies le 10 décembre 1948 le montre bien :

Préambule : « Considérant que la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde. »

Article 1 : « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité. » (19).

Marie-Andrée Ricard, Professeure à la faculté de philosophie de l'Université de Laval (Québec), fait la synthèse de ces deux conceptions historiques de la dignité :

« Selon le premier registre, la dignité personnelle est l'attribut essentiel de la personne, c'est-à-dire de l'individu en tant que sujet autonome » (p90).

« Selon le second, la dignité humaine est liée à la reconnaissance. Dès lors, non seulement l'humanité, mais aussi l'identité d'un individu ou d'un groupe s'établit dans la relation à l'autre. »(p 90) (16).

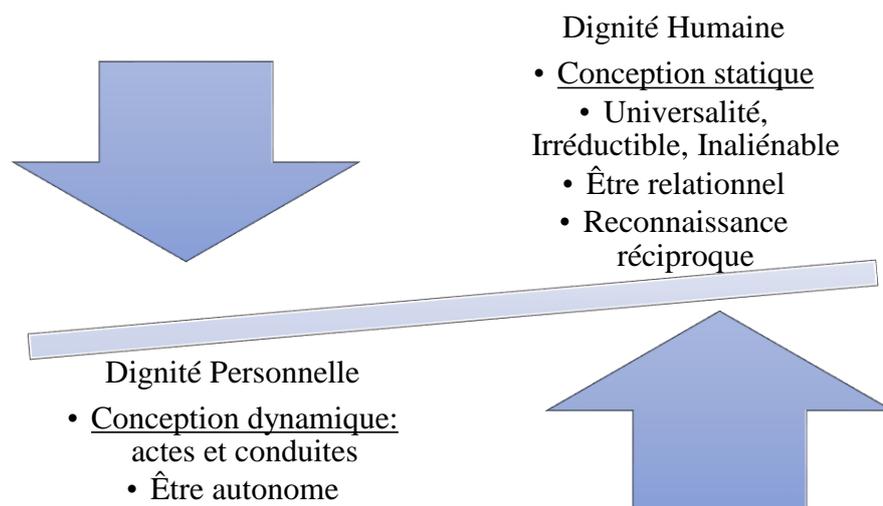


Figure 3 : Sens juridique de la notion de dignité

#### **4. Du point de vue médical**

Sur le plan médical, la notion de dignité est abordée principalement à travers le ressenti du soigné.

Le serment d'Hippocrate et le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) fixent un cadre éthique à la pratique médicale et mentionnent des valeurs propres à la dignité :

Serment Médical : « Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. » (20).

Article 2 (article R.4127-2 du code de la santé publique) : « Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort. » (21).

Les lois de bioéthique encadrent la protection de la personne humaine et prônent la sauvegarde de la dignité qui est la primauté de la personne. Ces lois définissent un cadre légal afin d'assurer la protection de la personne dans le domaine de la recherche médicale comme par exemple, le clonage humain. La loi du 29 Juillet 1994 relative au respect du corps humain y fait directement référence :

Article 16 du code civil : « La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie » (22).

La notion de dignité est également décrite dans la Loi Léonetti du 22 avril 2005 qui traite du droit relatif des malades et à la fin de vie. Cette loi met en avant le refus de l'obstination déraisonnable, l'importance de l'écoute bienveillante et de la responsabilité partagée dans les soins même en cas de vulnérabilité du soigné :

Après le premier alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110 » (23).

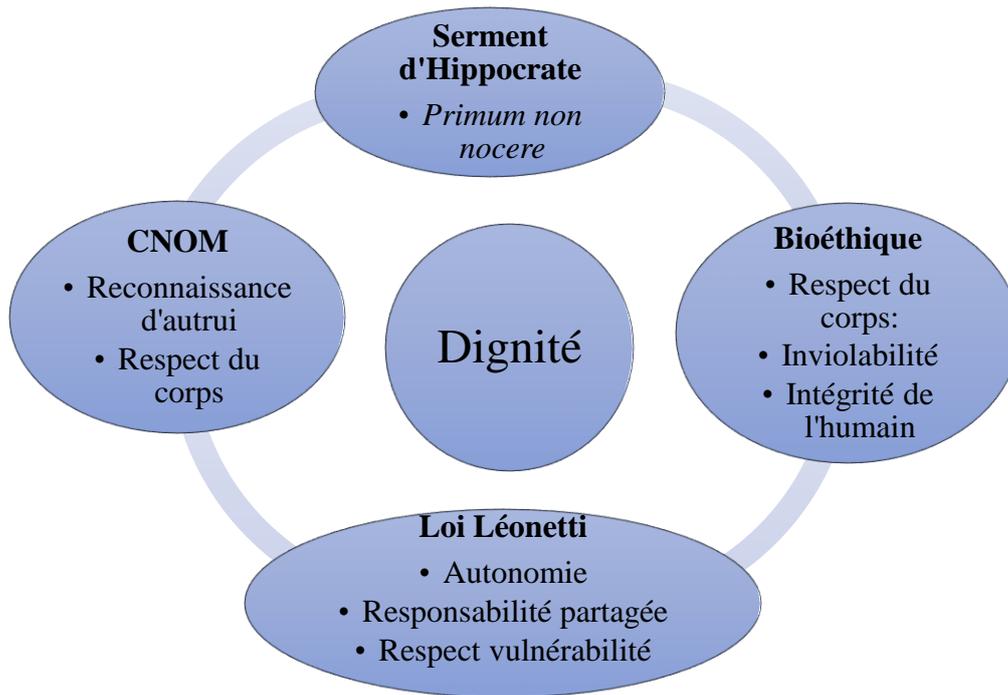


Figure 4 : Sens médical de la notion de dignité

## 5. Pour résumer

En reprenant mes différents axes, je pourrai résumer en disant que la dignité semble être un concept à deux facettes. La dignité est à la fois intrinsèque à tout être humain reconnu par le regard d'autrui, elle est également extrinsèque de par sa subjectivité en fonction des actes et des conduites de la personne. Je peux le résumer également en un tableau à deux entrées :

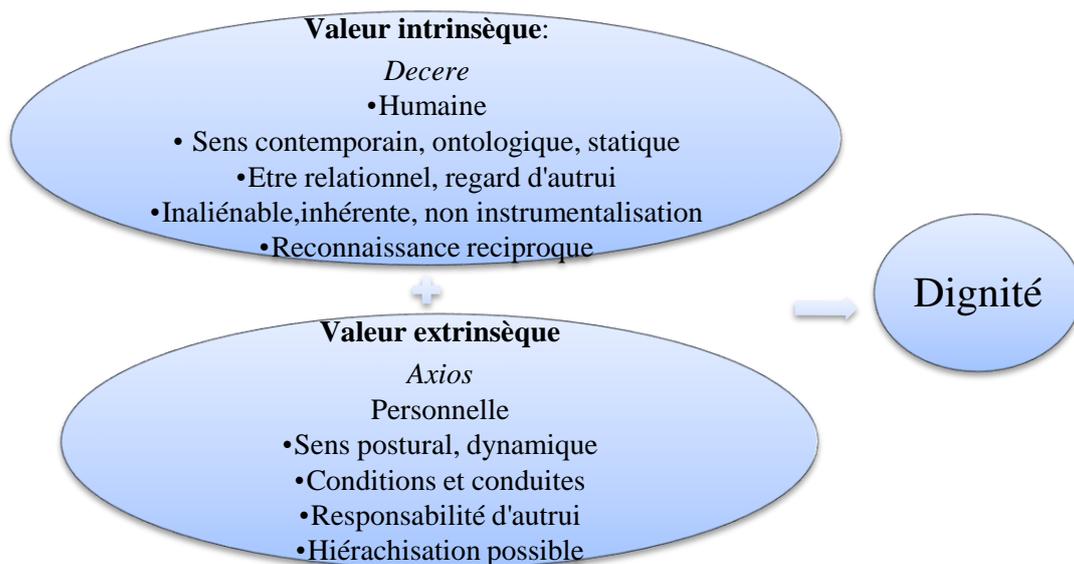


Figure 5 : Valeur intrinsèque et extrinsèque de la dignité

## **b. La notion du *rapport à***

Pour mon sujet, il me paraissait important de mieux définir la notion de *rapport à*, avant d'aborder dans le détail une de ses dimensions, la relation en elle-même. Pour Spinoza, le rapport serait le deuxième genre de connaissance et la relation serait la connaissance des essences soit une de ses dimensions (24).

La notion du *rapport à* peut être abordée sous trois angles distincts et interagissant ensemble : le rapport au savoir, le rapport à soi et le rapport à autrui.

Tout d'abord, dans le CNTRL, le *rapport à* est défini de la manière suivante : « en ce qui concerne, à propos de » (25). C'est un positionnement pouvant être établi pour différentes raisons : une comparaison, une convenance entre différents objets, personnes ou environnement...

Les synonymes de cette notion sont les suivants : corrélation, rapprochement, relation, affinité, analogie, correspondance, ressemblance, contact, échange (26).

### **1. Le rapport au savoir**

Le rapport au savoir est une notion récente principalement développée dans les années 60, par Beillerot et Charlot.

Dans le dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation, Beillerot le définit comme : « Un processus par lequel un sujet, à partir de savoirs acquis, produit de nouveaux savoirs singuliers lui permettant de penser, de transformer et de sentir le monde naturel et social » (27). C'est un processus par lequel, chaque sujet évolue au cours du temps et acquiert de nouveaux savoirs qui lui sont propres. L'évolution est constante et singulière. Le savoir est le support d'investigation. Sa principale référence vient de Mendel, inventeur de la sociopsychanalyse. Selon lui, l'acte est la rencontre interactive du sujet et de la réalité (la nature, autrui, la société). Autrement dit, c'est par l'acte, les actes, que chaque être humain se réalise au plus profond. De ce fait, le rapport au savoir passe par les actes : l'éducation, la formation sont essentielles pour une transmission, une diffusion du savoir.

Pour Charlot, le rapport au savoir est un processus propre à chacun et introduit le respect du sujet, du monde qui nous entoure et d'autrui. Influencé par Marx, Charlot étudie le rapport au savoir sous un angle sociologique tandis que Beillerot l'aborde dans sa dimension psychanalytique (28).

## **2. Le rapport à soi**

Pour la notion du rapport à soi, l'origine du mot soi vient du latin *a se*, ce qui veut dire de ce qui existe en raison de sa propre essence, de ce qui est en vertu de sa nature.

Du point de vue philosophique, le rapport à soi est envisagé comme un principe de la conscience individuelle, c'est-à-dire qu'elle fait partie intégrante, absolue de l'individu tout en étant un sujet actif (Graw. 1981). Du point de vue psychanalytique, on le voit davantage comme un ensemble du psychisme conscient et inconscient (Foulq.-St-Jean 1962) (29).

## **3. Le rapport à autrui**

Pour la notion du rapport à autrui, le mot autrui désigne : « Un autre, les autres, l'ensemble des hommes par opposition au moi du locuteur et en exclusion de ce moi ». Autrui signifie donc un autre soi c'est-à-dire son alter ego (30).

L'altérité est la reconnaissance de l'autre dans sa différence tant sur le plan social, culturel, religieux... Cela nous conduit à nous interroger sur notre relation avec autrui (31). Il est important de prendre en compte son histoire et son vécu.

On peut également dire que l'altérité c'est ce qui n'est pas soi et autrui c'est la personne, qui est un être autre que soi. Toute personne est unique et c'est cela qui crée l'humanité en elle-même. De ce fait, il peut apparaître un conflit entre autrui et soi car chacun est à la recherche de sa propre conscience. Pour s'en préserver, il importe de respecter la liberté et la dignité de chacun. Comme l'évoque Hegel, une reconnaissance réciproque doit être recherchée (32).

Pour Levinas, le visage d'autrui est le premier lieu de liaison permettant d'entrer en contact avec lui, même s'il présente une vulnérabilité : « Il y a dans le visage une exposition sans défense. Une pauvreté essentielle (...) La preuve en est qu'on essaie de masquer cette pauvreté en se donnant des poses, une contenance » (p23) (33).

Pour Sartre : « Autrui, c'est l'autre, c'est à dire le moi qui n'est pas moi » (32,34).

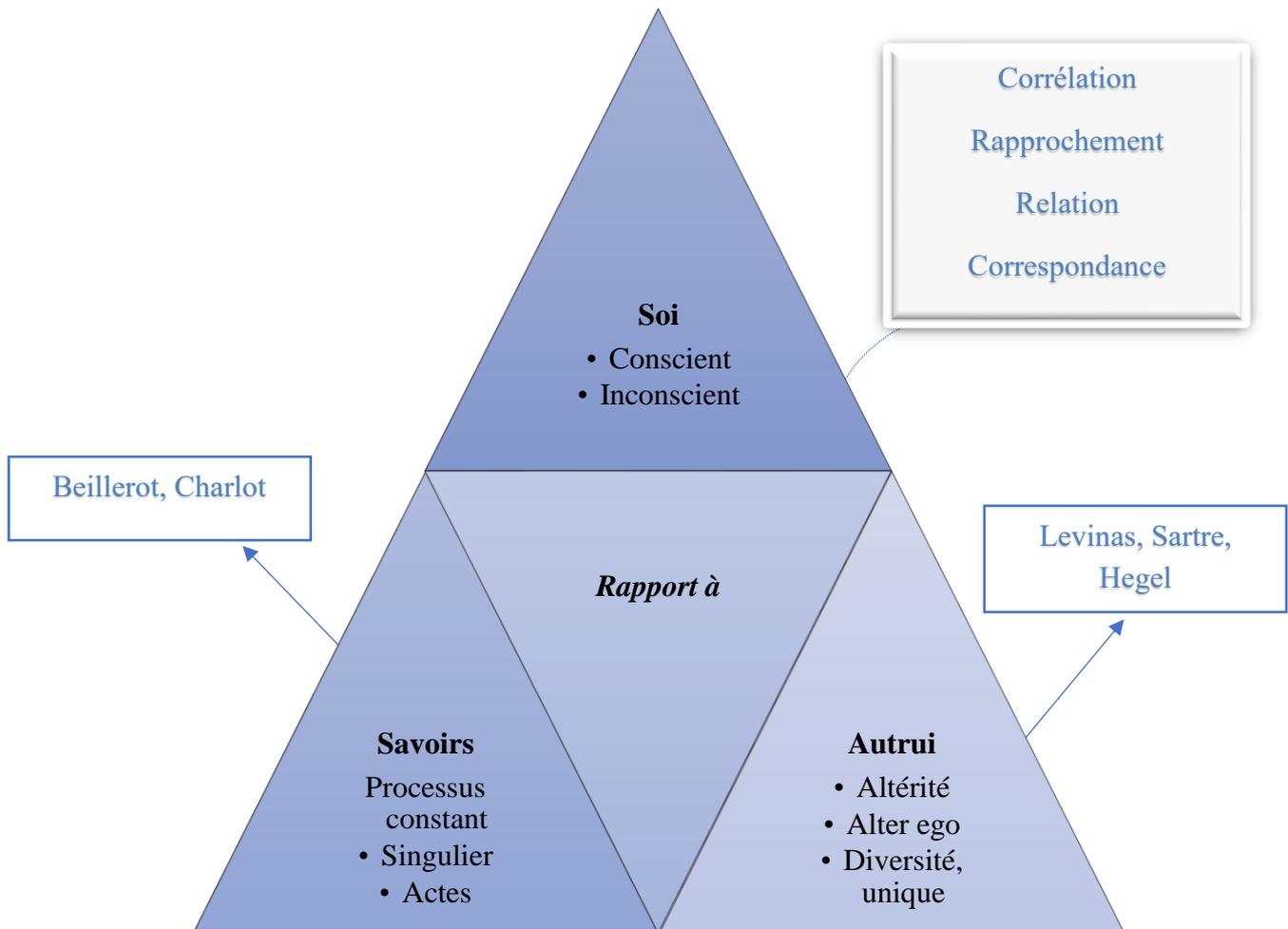


Figure 6 : Notion du *rapport à*

### c. La notion de relation

Depuis la notion *du rapport à*, j'ai voulu aborder sa dimension intéressant mon sujet, c'est-à-dire la relation.

Je définirai dans un premier temps la relation dans le cadre psychosocial : la relation interpersonnelle, institutionnelle et sociale. Puis, j'aborderai la relation soignant-soigné qui est l'objet de ma thèse. À l'intérieur de cette relation soignant-soigné, je détaillerai certaines notions importantes : *le prendre soin*, l'empathie avec son écoute active, la sollicitude, le *cure and care*, la confiance....

La notion de relation peut être définie de la manière suivante par le CNTRL : « Rapport qui lie des personnes entre elles, en particulier, lien de dépendance, d'interdépendance ou d'influence réciproque. » (35).

## 1. Au niveau psychosocial

En psychosocial, il faut bien distinguer communication et relation. La communication est un moyen, un mode d'expression de la relation, tandis que la relation est un processus dynamique qui désigne le lien avec autrui. Le lien les unissant pouvant être social, juridique, institutionnel .... On peut noter trois formes de relations distinctes mais complémentaires : la relation interpersonnelle, institutionnelle et sociale.

La relation interpersonnelle qui est entre deux ou plusieurs personnes, va engendrer un sentiment à l'égard d'autrui. L'établissement et l'évolution des relations vont être différentes si elles sont imposées ou non et varient selon certains facteurs. En effet, en fonction des conditions, des circonstances dans laquelle elle se crée la relation sera différente. On retrouve comme facteur incitateur à un établissement de relation la fréquence des rencontres, l'apparence physique avec la notion d'attraction interpersonnelle, les premières impressions avec les qualités perçues mais aussi la notion d'intérêt commun. On peut mettre à part la relation affective qui prend en compte d'autres facteurs tels que l'attachement, l'affection ou encore la notion d'intimité.

La relation institutionnelle permet d'imposer un cadre comme un milieu social donné, on a l'exemple du cadre familial. C'est un système d'échange régi par des règles précises, comme par exemple le modèle bureaucratique. C'est une relation impersonnelle, dissymétrique, entraînant un rapport de pouvoir. Cette séparation et cette différenciation dans la relation entraînent l'établissement d'un système inégalitaire mais qui parallèlement cherchent l'adhésion de tous pour un objectif fixé.

La relation sociale permet d'imposer un contexte dans lequel doit être envisagé une relation. Cette notion met en avant certains contrastes : une échelle sociale apparaît avec des divisions en plusieurs catégories. La relation est structurée par la distance sociale avec la notion de critères d'appartenance ou non à certaines catégories. La mise en scène de nos relations qu'un contexte va révéler, nous amène à la notion de rôle. En effet, un rôle est un type de comportement adopté par un individu suivant un ensemble de normes sociales en réponse à des attentes d'autrui. On parle de rites d'interaction quand on utilise des règles structurant une interaction dans un contexte donné (36).

Dans une relation, on peut parler également d'intersubjectivité comme le définit Rochat en 1999 comme un « sens de l'expérience partagée, qui émerge de la réciprocité ». (p218) Il exprime donc une différenciation de base entre soi et les autres (en se projetant, se comparant...). Des interactions verbales ou non sont utilisées, le corps rentre donc dans la relation (gestes...). Les émotions sont également importantes, elles permettent de s'adapter et d'être un régulateur des interactions sociales (37).

De cette notion de relation, ce sont essentiellement les relations sociale et interpersonnelle qui m'intéressent : c'est le lien entre le soignant et le soigné dans la relation de soin que je souhaite étudier.

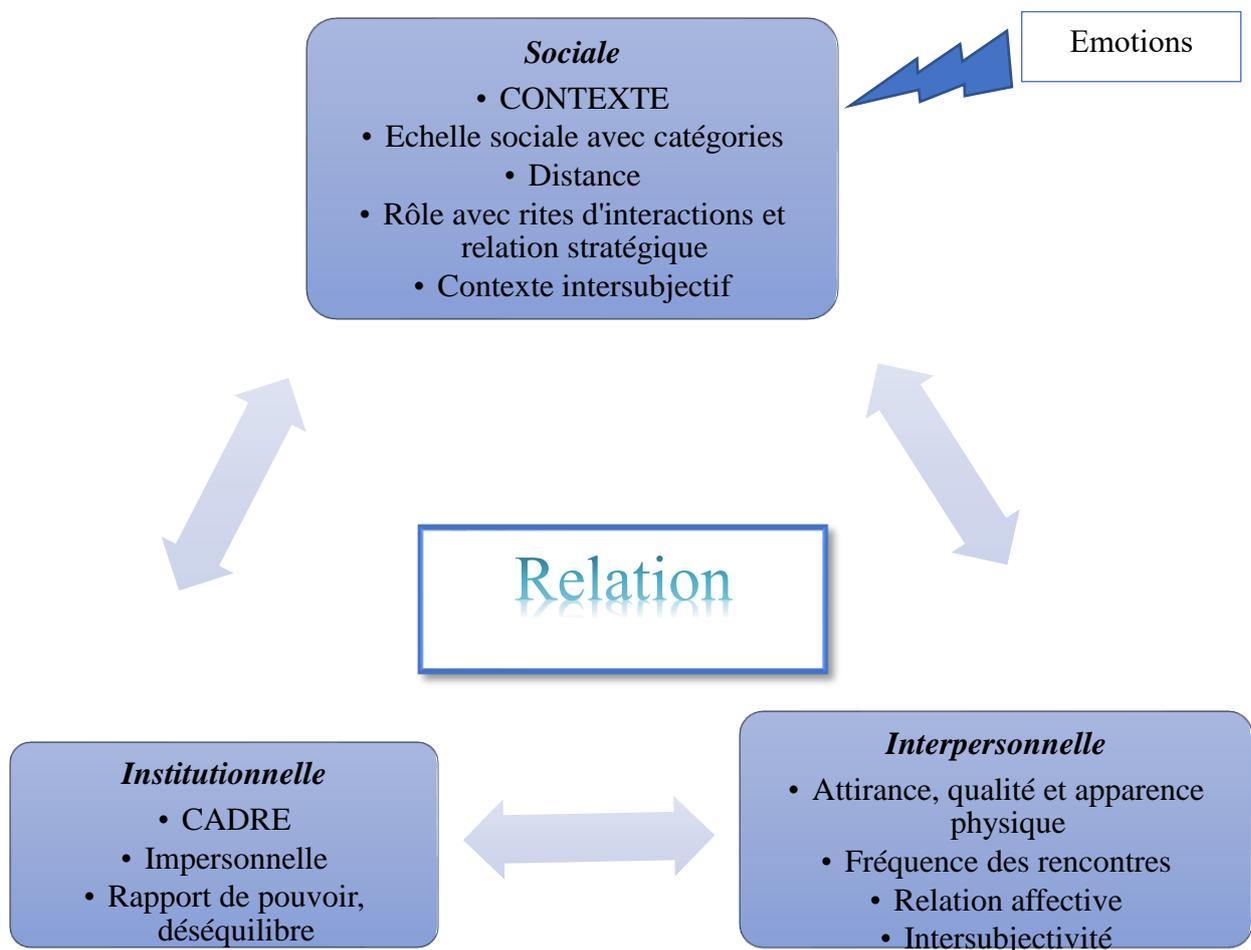


Figure 7 : Relation en psychosocial

## **2. Au niveau du soin médical**

La relation soignant-soigné est un colloque singulier, complexe, devant prendre en compte le respect de la personnalité de chacun, la qualité de l'information délivrée et la mise en place d'un projet thérapeutique. La relation passe par la communication verbale, non verbale, l'écoute et même l'attitude. Dans cette relation, on perçoit un lien de dépendance mais aussi d'influence réciproque à la recherche d'un équilibre dans ce lien (33,38).

### **i. Du point de vue sociologique**

Du point de vue sociologique, on peut prendre le schéma d'Emmanuel et Emmanuel de 1992 regroupant quatre modèles décrivant cette relation qui sont : informatif, interprétatif, délibératif et paternaliste. Il se base sous l'angle du partage du pouvoir.

Le modèle informatif signifie que le patient est maître de sa décision mais vient consulter un médecin compétent pouvant lui donner toutes les informations nécessaires à sa décision.

Le modèle interprétatif envisage le médecin comme un conseiller permettant au patient d'avoir une meilleure compréhension de lui et de ses symptômes.

Le modèle délibératif privilégie un échange entre les deux partis.

Le modèle paternaliste n'amène pas à une discussion, le médecin a le rôle de « maître ».

On peut également citer Freidson, selon qui, cette relation dépend du contexte (prise en charge curative ou non, prise en charge ambulatoire ou hospitalière...) (39).

### **ii. Du point de vue biomédical**

Du point de vue biomédical, cette relation est abordée dans certains modèles comme celui de Calgary et Cambridge qui reprennent le déroulement d'une consultation en plusieurs étapes.

L'approche centrée patient quant à elle, est née des travaux de Balint et permet de partir du vécu, de l'expérience du patient avant tout (37,39).

### **d. Notions dans la relation de soin en lien avec la dignité**

Dans cette relation soignant-soigné, je rechercherai d'autres notions dans mes entretiens qui me semblent importantes à définir.

## 1. Prendre soin

Hesbeen définit *le prendre soin* comme « une attention particulière que l'on porte à une personne vivant une situation en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé. » (p161) (33).

*Le prendre soin* ne doit pas être confondu avec le soin. Il ne s'agit pas d'un acte que l'on pourrait prescrire mais d'une dimension à part entière de la relation soignant-soigné, dans laquelle le patient doit être envisagé dans sa globalité (corps et être). *Le prendre soin* requiert de la part du soignant disponibilité, empathie, sensibilité et gestion des émotions reçues. Cela suppose également une adaptabilité du soignant devant la singularité de chaque soigné. *Le prendre soin* d'une personne vulnérable demande d'abord de se préoccuper de cette personne en tant qu'être avec ses fragilités, de respecter son rythme et d'adopter une juste distance. *Le prendre soin*, en tant que valeur humaniste, contribue au respect de la dignité du soigné (37,40).

## 2. Empathie et écoute active

L'empathie représente l'une des principales dimensions du *prendre soin*.

Depuis Carl Rogers, psychologue humaniste, de nombreux auteurs ont tenté d'en donner une définition. Je retiendrai la notion d'empathie cognitive définie par Pedinielli, Professeur en psychologie clinique et psychopathologie : « l'empathie c'est ressentir le monde intérieur du client avec la signification qu'il a pour lui, le ressentir comme si il était son monde à soi, sans jamais perdre la qualité de "comme si" » (41).

L'empathie est une approche active compréhensive. Elle s'accompagne de l'établissement d'une juste distance et de l'absence de jugement de valeur. Elle favorise l'émergence d'une relation de confiance dans le soin.

La base de l'empathie est l'écoute active. Définie dans les travaux de Rogers, il s'agit d'une démarche visant à mieux comprendre le ressenti d'une personne en recourant à différentes méthodes telles que la reformulation, les questions ouvertes ou l'observation du langage corporel (41,42).

### **3. Sollicitude**

Dans le *prendre soin*, on retrouve la notion de sollicitude que l'on pourrait définir comme une attention particulière à la personne malade et à sa vulnérabilité extrinsèque. Cette notion a été abordée par Paul Ricoeur, qui l'envisage comme une relation de soi à autrui fondamentalement réversible (p200) (33,43).

### **4. Cure et care**

*Cure* signifie guérison, traitement. Ce terme désigne donc à la fois un objectif et les moyens techniques mis en œuvre pour l'atteindre. Avec les progrès de la médecine, les moyens disponibles sont de plus en plus nombreux mais ne prennent pas toujours en compte la dimension humaine du soigné, qui est parfois dépersonnalisé (33).

*Care* signifie soin, attention à autrui. C'est une approche non normative empreinte de bienveillance, prenant en compte la part de vulnérabilité du soigné. Ici, la dimension humaine est essentielle mais en même temps il importe de respecter une juste distance avec le soigné (p42) (33,44).

Dans le *prendre soin*, *le care* prédomine sur le *cure*. *Le care* permettra de gagner plus facilement la confiance du soigné.

### **5. Confiance**

La confiance peut se définir comme « Croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompetence. » (45).

La confiance revêt une importance toute particulière dans le contexte de la relation soignant-soigné, en tant que condition nécessaire à l'obtention du consentement du patient, dans le cadre d'une décision médicale partagée (33).

### **6. Bienfaisance, bienveillance, bientraitance**

Afin de ne pas faire de mésusage, il me semble important de mieux définir les concepts de bienfaisance, bienveillance et de bientraitance.

Tout d'abord, le principe de bienfaisance signifie : « Qualité de celui, celle qui prodigue ses bienfaits à autrui, tendance à faire du bien » (46).

Le principe de bienveillance quant à lui signifie : « Qualité d'une volonté qui vise le bien et le bonheur d'autrui. » (47). On retrouve cette attitude positive du soignant dans le soucis de veiller, de prendre soin du soigné (48).

La Haute Autorité de Santé (HAS), en collaboration avec la Fédération des Organismes Régionaux pour l'Amélioration des Pratiques et des organisations en santé, a proposé en 2012 une définition de la bientraitance dans un guide adressé aux professionnels des établissements de santé et des Etablissements Hospitaliers pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). La bientraitance y est définie comme « une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'utilisateur et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'utilisateur, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance. Cette démarche globale met en exergue le rôle et les interactions entre différents acteurs que sont le professionnel, l'institution, l'entourage et le patient, l'utilisateur. Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs. » (49).

La bientraitance suppose de respecter la dignité du soigné, tout particulièrement lorsque celui-ci se trouve en situation de dépendance : « la bientraitance doit être l'art d'éviter à la personne placée par la maladie (ce n'est jamais le seul âge chronologique) en situation de dépendance, de ne plus se sentir pour autant en "situation d'indignité". Plus simplement l'objectif de la bientraitance, c'est "permettre de vivre dépendant dans la dignité" » (50).

Au cours de mes entretiens, la notion de bientraitance sera tout particulièrement recherchée.

## **7. Vulnérabilité, fragilité, autonomie, hétéronomie, dépendance**

Dans un souci de bientraitance, il importe de prendre en considération les vulnérabilités et fragilités de son patient, surtout lorsque celui-ci se trouve en situation de dépendance.

La vulnérabilité est définie comme : « La possibilité de se blesser, d'être blessé, de subir une blessure » (p13) (6). Une blessure peut être physique ou psychologique, consécutive à une humiliation ou causée par le mépris d'autrui. Tout être humain présente sa part de vulnérabilité, mais une personne présentant des fragilités y est plus particulièrement exposée.

Swine définit la fragilité comme « cet état de vulnérabilité accrue qui s'explique par une diminution des réserves physiologiques et donc une marge d'adaptation moins étendue. »(p60) (6). La fragilité d'une personne réduit sa capacité à se protéger, autrement dit accroît sa vulnérabilité face à son environnement. Dans le cadre de la relation soignant-soigné, il importe de dépister cet état de fragilité en vue de proposer une prise en charge adaptée.

La notion d'autonomie est définie comme la « faculté de se déterminer par soi-même, de choisir, d'agir librement » (51). On pourrait ajouter que l'autonomie n'est pas définitive, elle est relative au mode de vie et évolue au gré des situations rencontrées. Son contraire est la notion d'hétéronomie est non celle de dépendance. Elle peut se définir comme l'incapacité de se définir par soi-même et de ne pas intégrer nos limites dues à de nouvelles dépendances (p 16) (6).

Enfin, tout être humain, selon ses besoins et ses moyens, est plus ou moins dépendant de quelque chose ou de quelqu'un. Dans ses travaux, Hesbeen analyse la dépendance à nos besoins et comment nous tentons d'y répondre, d'abord par nos propres moyens puis si besoin en demandant de l'aide. Une aide est particulièrement requise avec l'apparition de fragilités (6).

## **8. Délicatesse**

La délicatesse peut être définie comme « Caractère d'une personne qui manifeste des qualités de réserve, de discrétion et de prévenance envers autrui » (52).

Hesbeen place la délicatesse au cœur de la relation soignant-soigné : « C'est pour cette raison que la relation à la personne malade ou dépendante, ainsi qu'à ses proches, si elle se veut respectueuse, si elle se veut soucieuse de leur dignité, si elle se veut explicitement, concrètement propice à une relation de qualité ouvrant l'accès au prendre soin, ouvrant la possibilité de celui-ci, se doit de faire preuve de délicatesse » (p21-22) (6).

## **9. Relation asymétrique, reconnaissance réciproque**

Par nature la relation soignant-soigné est asymétrique. Cette asymétrie est exacerbée lorsque le patient se trouve en situation de fragilité permanente, notamment en raison de son grand âge. Dans ce contexte, Hesbeen met en garde contre le risque de « prise de pouvoir » (6).

Pour éviter cela et instaurer autant que possible un équilibre dans la relation avec le soigné, il importe de lui accorder toute la place qu'il mérite. Pour Swine, le soigné doit être

considéré comme acteur à part entière de la relation et ne pas être réduit à sa condition de personne malade. Le soigné doit être envisagé dans sa singularité, et le soignant doit prendre garde à ne pas s'enfermer dans son propre rapport au savoir (6).

Plus généralement on pourrait dire que la relation soignant-soigné, comme tout type de relation, doit être empreinte de réciprocité. Bonni, philosophe, relie très justement cette réciprocité à la notion de dignité : « La dignité humaine se manifeste dans toutes les relations humaines dès le premier regard, la première parole, la première rencontre comme reconnaissance réciproque de l'un et de l'autre » (15).

## 10. Pour résumer

Je vais rechercher, tout au long de mes entretiens, dans quelles conditions se déroule la relation soignant-soigné au cours des visites à domicile. Cela me permettra de rechercher si la dignité du soigné vulnérable est prise en compte par le soignant. Et lors des entretiens avec les soignés, je pourrai analyser leur point de vue sur leur propre dignité au cours de ces visites.

J'ai pour cela résumé dans la figure ci-dessous les différents points à rechercher.

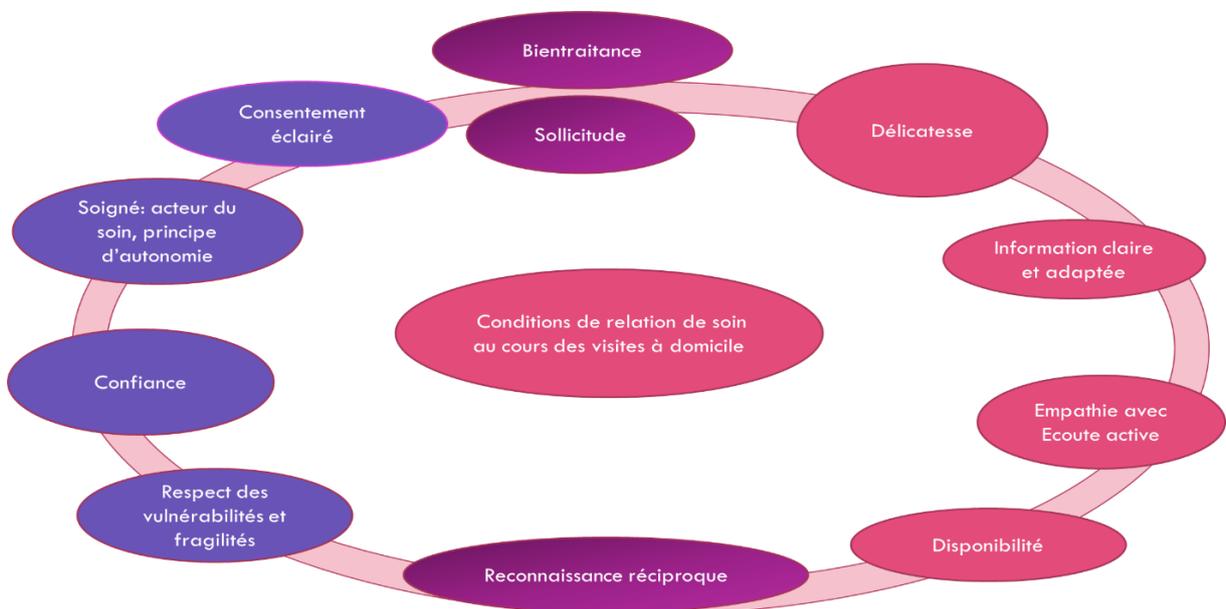


Figure 8 : Conditions hypothétiques dans la relation de soin pour respecter la dignité du soigné

## MATERIELS ET METHODE

### **I. Type d'étude**

Mon objectif de recherche est de comprendre comment la dignité du soigné peut être respectée dans la relation soignant-soigné à domicile. Afin d'y répondre au mieux, une étude qualitative a été choisie par le biais d'entretiens individuels semi-directifs. Ce type d'étude permet de recueillir le point de vue de chacun et son expérience dans ce contexte. Les entretiens ont été réalisés de manière individuelle afin de faciliter un climat d'écoute active tout en limitant au maximum les influences extérieures. La relation de soin étant vécue à la fois par le soignant et le soigné, il me semblait essentiel de recueillir le point de vue de chacun afin de ne rien omettre et pour analyser cette relation dans sa globalité. Une analyse de cas soignants et soignés a donc été choisie.

Dans un premier temps, je me suis entretenue avec deux médecins généralistes exerçant en milieu urbain. Puis, j'ai réalisé des entretiens avec certains de leurs patients.

### **II. Critères d'inclusion et de non inclusion**

Les critères d'inclusion étaient :

- Médecins généralistes : un homme et une femme exerçant en zone urbaine faisant des visites à domicile.
- Patients ayant donné leur accord pour cet entretien et vus uniquement à leur domicile, âgés de plus de 60 ans.

J'ai choisi ce critère d'âge afin d'être en accord avec le sujet de ma thèse, à savoir les conséquences liées au vieillissement de la population en France et plus particulièrement la problématique du maintien à domicile chez ces personnes plus fréquemment dépendantes et vulnérables. En outre, 60 ans est le seuil légal au-dessus duquel une personne peut prétendre à l'APA en cas de perte d'autonomie (10).

Les critères de non-inclusion étaient : personnes parlant peu ou difficilement français, ou en incapacité de communiquer.

### **III. Méthode de recrutement**

Le recrutement a été réalisé par échantillonnage théorique. Deux médecins généralistes exerçant en zone urbaine ont été choisis. Le choix de se limiter à une même zone d'exercice (urbaine) était nécessaire compte tenu du faible nombre de personnes interrogées, et de la nécessité de disposer d'un échantillon représentatif *a minima*. Dans la même optique, un médecin de chaque sexe a été inclus dans l'étude.

Par la suite, les médecins généralistes ont choisi, tout en prenant en considération les critères d'inclusion et de non-inclusion, deux de leurs patients (un homme et une femme). Dans certains cas, j'ai dû me déplacer en amont de l'étude avec le médecin généraliste afin d'établir une première rencontre avec le patient et pour obtenir son accord préalable.

Au cours de mon étude, il a été décidé d'ajouter deux autres patients, un pour chaque médecin interviewé, afin d'élargir l'échantillon.

### **IV. Déroulement des entretiens**

Les entretiens individuels semi-directifs se sont déroulés de décembre 2018 à mars 2019, au domicile des soignés, ou au cabinet des médecins. Les entretiens individuels permettaient de faciliter l'échange en évitant autant que possible l'intervention de tierces personnes. Le cas échéant, ces interventions n'ont pas été prises en compte dans le cadre de mon analyse.

Deux types de grilles (soignant versus soigné) ont été utilisées pour mener les entretiens, afin de faciliter l'échange et pour recueillir le maximum d'informations en lien avec mon sujet d'étude. Quatre entretiens tests avaient été réalisés auparavant (3 patients et un médecin), afin de mettre au point une première version de grilles présentée en annexe 2. Les grilles ont été adaptées une nouvelle fois au cours de l'étude afin de gagner en pertinence (cf. annexe 3).

La première partie de l'entretien portait sur la présentation du sujet d'étude et le recueil du consentement de la personne interrogée (cf. annexe 1). Il était ensuite demandé à la personne de se présenter. Puis l'entretien s'articulait autour de trois grandes parties : le motif des visites, leur déroulement, et enfin les attentes au regard des conditions de réalisation des visites à domicile.

Je me suis efforcée d'adopter une démarche d'écoute active telle que définie par Carl Rogers (41,42): respect des temps de silence, attitude empathique, reformulation, questions ouvertes, relances, etc. Au cours de mes entretiens, je me suis aidée de notes afin de pouvoir rebondir « à distance » sur certaines idées abordées par la personne interviewée. Ces notes prises au moment de mes entretiens ont également constitué une première ébauche d'analyse.

Les entretiens étaient enregistrés, afin de me permettre d'être pleinement à l'écoute et pour fiabiliser l'analyse des témoignages recueillis. Ces enregistrements ont été réalisés à l'aide de l'application dictaphone de mon iPhone®, et seront détruits à la fin de mon étude.

## **V. Analyse des données**

Chaque entretien a duré en moyenne 41 minutes, le plus long ayant duré 1h15 et le plus court 22 minutes.

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot, en incluant les éléments non-verbaux (rire, raclements de gorge, temps de pause, etc.). Après anonymisation, une relecture a été faite par une aide extérieure. Les verbatims obtenus ont été enregistrés sur un CD-ROM.

L'analyse des données a débuté par la rédaction d'une biographie reprenant les principaux éléments contextuels évoqués lors de chaque entretien. Un codage linéaire de chaque verbatim a ensuite été réalisé afin d'en dégager les idées principales. Plusieurs relectures ont été nécessaires afin d'affiner le codage. Puis un codage transversal a été réalisé pour identifier les concepts communs en rapport avec la question de recherche. À chaque étape, un double codage a été réalisé avec l'aide d'une interne en médecine afin de trianguler les données et pour éviter les erreurs d'interprétation. Le codage a été réalisé en utilisant le logiciel NVivo 12 Pro.

L'étude a été menée jusqu'à saturation des données c'est-à-dire lorsque les entretiens n'apportaient plus d'éléments nouveaux par rapport à la problématique.

## **VI. Éthique**

Chaque participant était informé avant chaque entretien de l'objet de mon étude et des modalités de sa réalisation. Son accord était recueilli et enregistré. Les noms des personnes interrogées ont été anonymisés selon les modalités suivantes :

- Personnes interviewées : soignants 1 à 2 et soignés de 1 à 6
- Personnes citées au cours de l'entretien : seule la première lettre était retranscrite
- Lieux de vie : seule la première lettre était retranscrite.

## RESULTAT

### I. Analyse des cas

#### a. Soignant 1 : Docteur C

##### 1. Biographie

Le docteur C, 50 ans, est mère de trois garçons.

Au début de son exercice, elle a choisi de faire des remplacements en tant que médecin généraliste, de 1996 à janvier 2001. Par la suite, elle s'est associée à temps plein avec un autre médecin dans un cabinet localisé en zone urbaine. Le docteur C compte dans sa patientèle une forte proportion de personnes âgées nécessitant des visites à domicile. En 2011, elle décide d'encadrer en stage ambulatoire des étudiants de médecine générale. Pour elle, cela représente une aide précieuse qui lui permet de continuer à assurer les visites, de plus en plus fréquentes.

Médecin de famille, elle se définit comme « maternelle » envers ses patients. C'est-à-dire qu'elle sait se montrer disponible pour prendre soin de leur santé. En contrepartie, elle ne souhaite pas être tributaire de leur emploi du temps. Elle ne donne généralement pas d'horaire fixe pour les visites mais informe simplement ses patients de son passage à une date préalablement convenue. Pour instaurer une relation de confiance, elle partage volontiers avec ses patients certains éléments de sa vie personnelle.

Le docteur C n'aime pas les visites à domicile en raison des contraintes liées à ce mode d'exercice. De manière générale, la réalisation des visites est plus consommatrice de temps qu'une consultation au cabinet, c'est un élément perçu comme « phagocytant » dans son quotidien. Pour s'éviter de trop longs déplacements et des difficultés dans la coordination des soins, le Docteur C évite de prendre des patients habitant en dehors de son secteur.

Une fois installée, le Docteur C a dû rationaliser la part des visites à domicile afin de ne pas se laisser déborder dans son emploi du temps. Cette démarche a été facilitée par la mise en place en 2002 d'un Accord de Bon Usage des Soins (AcBUS) définissant des critères d'éligibilité pour la réalisation des visites (53).

## 2. Analyse du cas

### 1) Les motifs des visites à domicile : le pourquoi

#### a. Dans un souci de bien-être dans le soin

Le docteur C estime que c'est son devoir de médecin de se déplacer à la place du patient quand cela a un impact sur le bon déroulement du soin. En effet, une personne vulnérable peut se sentir davantage stressée hors de son espace de vie, de confort. Par sollicitude, le docteur C accepte de s'y rendre.

« La DMLA étant sévère, et du coup, comme ça, ça permet d'être dans de bonnes conditions pour elle, [...] Il y a quelqu'un en effet pour la conduire, elle pourrait très bien venir au cabinet encore avec sa fille mais les conditions d'examens n'étaient pas optimales. » Lignes 42-45.

#### b. Déplacement du médecin devant la présence d'une dépendance

Le docteur C se déplace quand les personnes sont en situation de dépendance et sont dans l'incapacité de faire toute sortie sans aide extérieure.

« Donc, c'est quelqu'un qui a... On lui amène ses courses, elle sort de chez elle toujours accompagnée, soit par le kiné, soit elle a son déambulateur et puis moi mon cabinet il est à deux kilomètres. Et, il y a pas de possibilité de monter dans le bus, de faire le transport, voilà ! » Lignes 143-146.

#### c. Déplacement en raison de l'ancienneté de la relation

Le docteur C accepte plus facilement de réaliser des visites, y compris en dehors de son secteur, lorsque la relation avec le patient est ancienne, et pour ne pas y mettre un terme.

« [...] il me dit, bah, vous allez vous manger une heure de route, même, bah voilà, il en est très conscient ! Mais cette dame ça fait vingt ans que je la suis, j'ai accompagné son mari en fin de vie on a fait des choix.... Et je n'imagine pas de ne pas, voilà de... » Lignes 540-542.

2) Le déroulement du soin : le comment

a. Savoir-faire

i. Rigueur du médecin dans le soin

Le docteur C prépare la veille ses ordonnances afin que cela soit lisible par tous. Le docteur C reporte certains éléments de la visite dans un cahier au domicile du patient afin de faciliter la coordination des soins avec les autres professionnels de santé intervenant dans le parcours de soin du patient.

« Et s'il y a un aiguë, s'ils doivent appeler le médecin de garde, ou s'ils sont hospitalisés, il y a quand même la trace du, du cahier. » Lignes 195-196.

ii. Temps de l'examen physique

Pour le docteur C, un des critères essentiels pour le suivi du patient est l'évolution de son poids. C'est un des critères pouvant révéler une fragilité sous-jacente à rechercher.

« Mais, oui pour moi c'est un critère, bah, pour les insuffisants cardiaques les insuffisants rénaux c'est quand même un critère, euh, le poids ... » Lignes 343-345.

b. Savoir les conditions de vie

i. Connaissance des habitudes du patient pour un maintien à domicile

Le docteur C trouve que le fait de venir en visite à domicile est utile pour identifier certains risques liés aux habitudes et à l'environnement du patient (chutes liées à l'emplacement inadapté du mobilier, etc.) et le cas échéant préconiser des mesures préventives. Cette démarche s'inscrit dans un souci de bienveillance dans la mesure où elle permet d'adapter le cadre de vie de manière à ce que le patient vive sa dépendance dans la dignité.

« Euh, madame untel de quatre-vingts dix-huit ans, hein docteur je peux bien rester à la maison, vous avez vu j'ai fait comme vous m'aviez dit mon lit est maintenant en bas ! J'ai cousu un beau couvre lit, enfin, on sait que c'est vrai, on sait que voilà, on voit, on arrive, ils ont mis la téléalarme tout ça » Lignes 652-655.

ii. Pièce de vie avec éléments « distracteurs »

La visite se déroule dans la pièce de vie c'est-à-dire la pièce où le patient passe le plus de temps. Dans cette pièce, il y a donc des éléments « distracteurs » (ligne 660), tels que photos de famille, poste de télévision, pouvant entraîner une perte de concentration du médecin.  
« Euh, voilà euh, toutes ces choses-là, et qui font que même moi pour la concentration du coup c'est difficile je trouve quand il y a les choses qui parasitent » Lignes 664-665.

c. Savoir se déplacer

i. Proximité géographique

Le docteur C trouve essentiel que le patient habite dans le même secteur que son cabinet. Au cours de son expérience, elle a pu constater des difficultés au niveau de la coordination des soins lorsque cette condition n'est pas remplie.  
« De, un, je n'arrive pas à trouver un kiné qui aille à domicile parce que je ne suis pas du secteur ! » Lignes 597-598.

3) La relation de soin

a. Responsabilité du soignant

i. Contrat bilatéral

Toute relation humaine est envisagée de façon contractuelle par le docteur C. Au début de chaque relation de soin, le docteur C présente sa manière d'exercer à son patient tout en se renseignant sur son mode de vie et ses attentes. Cette étape doit conduire à la conclusion d'une sorte de contrat par lequel les deux acteurs se mettent d'accord sur les conditions optimales de la relation de soin. Cette étape est essentielle pour le docteur C dans la mesure où elle instaure un climat de confiance avec son patient et permet d'éviter certains conflits ultérieurs. Ce contrat permet également au patient de se sentir pleinement acteur de son soin.  
« Moi ça ne me gêne pas, ça ne me gêne pas de parler de ma vie privée aussi avec le patient pas pour discuter, pour faire euh, la brève de comptoir mais pour qu'ils sachent aussi comment on voit les choses ! Et qui on est, et je pense que c'est important, sur notre parcours de vie, euh, bah qu'on a peut-être des choses où l'on va être plus sensible et qu'on pourra moins bien ou plus les aider » Lignes 784-788.

ii. Disponibilité sans servitude

Le docteur C se montre disponible pour prendre soin de ses patients mais ne souhaite pas être tributaire de leur emploi du temps. Dès lors, le docteur C attend de ses patients une certaine flexibilité au niveau des horaires des visites.

« Euh, mon laïus c'est je suis à la disposition de votre santé mais pas de votre emploi du temps ! Voilà, donc, euh, ça ils le savent ! » Lignes 433-434.

b. Confiance

Le docteur C trouve essentiel de faire confiance au patient afin d'être dans de bonnes conditions de soin. Elle respecte ainsi le patient qui pourra se dévoiler s'il en a envie.

« Moi, je dis normalement on doit travailler sur la confiance ! S'ils nous disent qu'ils ne boivent pas, qu'ils ne fument, que voilà, mais bon ! » Lignes 753-754.

c. Liens et influences

Le docteur C se trouve « maternelle » avec ses patients mais surtout pas « paternaliste » (Lignes 767-768). C'est une relation qui s'apparente à un modèle de type délibératif, dans la mesure où elle associe chacun de ces patients aux prises de décision.

« Moi je négocie avec eux, je leur explique, et puis je leur demande s'ils sont d'accord avec ce que j'ai proposé et si euh, si ça va et quand je reviens c'est pareil ! » Lignes 844-845.

d. Soigné acteur de son soin

Certains patients sont suffisamment autonomes pour préparer certains éléments en amont de la visite : carte vitale, ordonnance, cahier de suivi, etc.

« Je peux pas dire, elle, elle a tout organisé, le dossier est sorti, la carte vitale, son petit carnet tout ça, il n'y a pas de soucis ! Elle a sorti la liste des médicaments dont elle avait besoin. » Lignes 73-74.

**En résumé :**

Le docteur C accorde de l'importance au respect des vulnérabilités des soignés et accepte de se déplacer à leur place, si nécessaire. Toutefois elle souhaite conserver une certaine liberté dans le choix des horaires. Lors des visites, la relation de soin prend la forme d'un échange dans lequel la participation active du patient est recherchée. En amont, un contrat bilatéral est établi visant à instaurer une relation de transparence et de confiance. Il en ressort une reconnaissance réciproque qui semble essentielle pour le docteur C afin de garantir des conditions de soins optimales.

**b. Soignant 2 : Docteur D**

**1. Biographie**

Docteur D est âgé de 43 ans. Il est marié, a trois garçons de dix, huit et trois ans.

Depuis 2009, il est installé en zone urbaine en tant que médecin généraliste et homéopathe.

Il se définit comme quelqu'un de « pragmatique » dans ses soins. Il aime bien partir du même schéma de soin afin de ne rien oublier, cependant il peut ajouter plus ou moins d'écoute ou de gestes techniques en fonction des besoins et des attentes spécifiques de chaque patient.

Il a décidé de ne travailler que sur rendez-vous afin d'avoir de meilleures conditions d'exercice. Cela lui permet d'être plus disponible pour le patient dans le créneau qui lui est ainsi dédié. Il trouve que cela apporte un réel « confort » dans son soin et aussi moins de stress.

Il réalise aujourd'hui très peu de visites, généralement dans le même secteur que son cabinet. Cela lui permet de réduire les durées des déplacements et de consacrer davantage de temps à la réalisation des visites en elles-mêmes. La majorité de ses patients à domicile sont des personnes âgées de plus de 90 ans, en situation de dépendance. Les nouvelles demandes de visites sont d'abord traitées par sa secrétaire qui réalise un premier tri en écartant les motifs injustifiés. Il est conscient que la réalisation de visites à domicile fait partie de son métier mais il n'aime pas cela.

Pour un tiers des visites environ, le docteur D prépare les ordonnances de manière anticipée au cabinet. Cela lui permet de consacrer ensuite davantage de temps à l'écoute active de son patient.

## 2. Analyse de cas

### 1) Le motif des visites à domicile : le pourquoi

#### a. Dans un souci de bien-être dans le soin

Par sollicitude, le docteur D préfère se déplacer lorsque cela est nécessaire en vue d'éviter d'éventuelles chutes chez certains patients en situation de fragilité.

« Tout est toujours possible hein, euh, effectivement mais euh, mais bon, c'est vrai qu'on leur simplifie la vie, on leur simplifie un peu la tâche en, en allant chez eux et puis euh, et puis voilà on, on a moins peur du risque de chute » Lignes 84-87.

Le docteur D perçoit comme un gain de temps le fait de se déplacer à la place de certains patients en « perte d'autonomie ». Ainsi, le patient a tout le temps de se préparer en amont de la visite, cela permet de garder du temps pour l'examen physique en lui-même. Le soin est ainsi optimisé.

« [...] une personne âgée qui met déjà cinq minutes pour se lever de sa chaise de la salle d'attente, cinq minutes pour arriver, cinq minutes pour se déshabiller, cinq minutes pour chercher sa carte vitale [...] Euh c'est vrai que, à un moment donné euh, il s'est passé une demi-heure et on a passé très peu de temps à examiner. » Lignes 103-108.

#### b. Déplacement du médecin devant la présence d'une dépendance

Le docteur D se déplace essentiellement pour des personnes de plus de 90 ans, ce qu'il appelle lui-même les visites du « sixième âge » (ligne 66). Les personnes qu'il visite sont dépendante physiquement et en situation d'isolement, mais toujours en capacité de rester chez elles.

« Voilà, de mes patients, sur des, sur des patients euh, très âgés qui ne sortent plus de chez eux, qui ont un peu de trouble de la marche, qui ont des risques de chutes importantes, qui sont souvent toutes seules avec quand même peu d'aide à domicile parce qu'elles sont encore quand même autonomes. » Lignes 75-78.

2) Le déroulement du soin : le comment

a. Savoir-faire

i. Rigueur du médecin dans le soin

Le docteur D prépare dans certains cas les ordonnances sur ordinateur à son cabinet afin d'avoir une meilleure lisibilité et d'avoir plus de disponibilité pour le soin en lui-même. Le docteur D s'organise toujours selon le même schéma de base pour la réalisation de son examen physique. Il peut toutefois adapter ce schéma en fonction des attentes et des besoins propres à chaque patient.

« Oui, donc il y a une base qui ne change pas, j'ai envie de dire sur l'examen clinique etc., maintenant c'est vrai que d'un patient à l'autre euh, oui effectivement, ça peut se passer de manière différente » Lignes 219-221.

ii. Temps de l'examen physique

Le temps de l'examen physique est essentiel pour le docteur D. Il a établi une liste de points clés à réaliser à chaque consultation notamment pour rechercher la présence de fragilités chez le patient. Cette « check-list » lui permet de ne rien omettre tout en gagnant du temps.

« [...] il y aura un contrôle de, chez les personnes âgées de tous les points clés euh, j'ai envie de dire les jambes pour voir s'il y a pas d'œdèmes, la tension, l'auscultation cardio-pulmonaire, ça, ça va être systématique, j'ai envie de dire. Une petite main sur le ventre, voilà, ça va être des petites choses qui vont être systématiques chez tout le monde même s'ils ne s'en plaignent pas. » Lignes 200-204.

c. Savoir-être

i. Disponibilité

Le docteur D trouve que le soin est de meilleure qualité lorsque le médecin peut prendre le temps adéquat.

« Après dès qu'on a du temps, j'ai envie de dire euh, bah, c'est super quoi, euh, on peut vraiment voilà, entre guillemet, organiser la visite comme on veut ! » Lignes 324-325.

ii. Temps d'écoute active

Le docteur D prend le temps de connaître son patient afin de mieux le soigner. Pour cela, il s'intéresse à son vécu et lui donne le temps d'exprimer ses attentes.

« [...] le propre ressenti du patient, c'est bien de le laisser s'exprimer euh, une minute ou deux, pas besoin de laisser cinq, dix minutes mais parfois une minute ou deux, son ressenti à lui depuis la dernière fois pour voir effectivement voilà, si tout va bien euh, si on est dans le cadre d'un simple renouvellement ou alors s'il y a des nouvelles choses à, à explorer ! » Lignes 193-196.

d. Savoir les conditions de vie

i. Connaissance des habitudes du patient pour un maintien à domicile

Le docteur D trouve que le fait de venir en visite à domicile est utile pour identifier certains risques liés aux habitudes et à l'environnement du patient (chutes liées à l'emplacement inadapté du mobilier, etc.) et le cas échéant préconiser des mesures préventives. Cette démarche s'inscrit dans un souci de bienveillance dans la mesure où elle permet d'adapter le cadre de vie de manière à ce que le patient vive sa dépendance dans la dignité.

« Et ça nous permet aussi de voir l'environnement de la, de la personne âgée et notamment les personnes âgées à risque de chute avec euh, quand on voit des tapis partout enfin voilà, au niveau environnement ça permet aussi d'appréhender euh, le lieu où vit euh, où vit la personne et parfois effectivement ça porte beaucoup d'informations aussi ! » Lignes 93-96.

e. Savoir se déplacer

i. Proximité géographique

La distance est un facteur fortement pris en compte par le docteur D lors des demandes de visite.

« Ou dans la même ville mais euh, à l'autre bout et du coup, euh, effectivement le facteur distance du coup et le facteur temps sur la route, ça va être prépondérant sur l'accord de la visite. » Lignes 342-344.

### 3) La relation de soin

#### a. Confiance

Le Docteur D trouve que le médecin doit faire confiance au patient. Le médecin lui donne son avis pour une prise en charge adaptée mais le patient est le premier acteur dans son soin.

« [...] bon, à partir du moment où on lui donne notre avis, on lui donne un traitement etc., bah c'est une relation de confiance parce que, à lui de le décider s'il le prend ou ne le prend pas » Lignes 262-263.

Dans cette relation de soin, pour le docteur D, il est essentiel que chaque patient se sente en confiance afin que le soin se déroule au mieux, sans non-dit. Il trouve que cette confiance est plus facilement acquise au domicile et sans tierce personne. Ainsi, le docteur D a pu constater que le patient se confiait plus facilement, étant davantage en confiance.

« Et une fois qu'ils ont compris que voilà, on entrait chez eux, qu'on ne les jugeait pas que euh, que tout ce qu'on voulait c'est savoir finalement des informations et de les aider du mieux qu'on peut. [...] donc oui voilà, c'est cette confiance que je pense se gagne plus vite, plus facilement euh, à domicile que, qu'au cabinet. » Lignes 276-280.

#### b. Empathie

Le docteur D accorde davantage de place au savoir-être lorsqu'il réalise des consultations à domicile. Dans ce contexte, il adopte plus facilement une démarche d'écoute active ainsi qu'une attitude empathique. Cette attitude est suscitée en particulier par le profil des patients visités à domicile, qui sont généralement plus vulnérables.

« [...] d'ailleurs je me surprends parfois à avoir des gestes peut-être même plus empathiques avec eux, après ce sont peut-être des personnes très âgées aussi, donc euh, je me surprends effectivement d'être plus proche de mes patients euh à domicile qu'effectivement derrière un bureau » Lignes 381-383.

c. Liens et influences

Le docteur D trouve que la relation avec le patient gagne en intimité dans le contexte des visites à domicile. Il trouve que le cadre de vie du patient favorise cela, notamment en abolissant certaines barrières existant au cabinet (pas de bureau, etc.). Le médecin s’y sent plus proche de son patient et ce dernier se confie davantage. Au final, la dimension humaine l’emporte parfois sur les aspects médicaux.

« [...] la relation voilà direct avec le patient chez lui etc., cette relation qui est beaucoup plus personnelle, euh, qui va plus loin, euh, ça effectivement, c’est quand même euh, ça apporte quand même aussi. Mais même d’un point de vue humain, je pense que euh, ça nous apporte quelque chose malgré tout même si je n’arrive pas trop à le définir mais euh, je sens il y a un petit plus ! » Lignes 376-380.

**En résumé :**

Le docteur D apporte de l’importance au respect des vulnérabilités des soignés en se déplaçant si besoin à leur place.

Il exerce de façon « pragmatique » en vue de repérer certaines fragilités chez ses patients. Son savoir-être se manifeste surtout face à des soignés vulnérables nécessitant plus d’écoute active afin de mieux les connaître et de leur apporter les meilleurs soins.

Au cours de ses visites, le docteur D parvient à gagner plus facilement la confiance de ses patients. Dans un contexte d’intimité, la relation de soin est plus empathique, davantage centrée sur sa dimension humaine. Le cadre d’exercice, qui n’est pas par nature un espace de soin, change la nature de la relation avec le patient :

« [...] c’est pas lui qui est invité chez nous mais nous qui nous invitons chez lui. (Rire) Donc c’est vrai que les, le rapport est pas le même ! » Lignes 242-243.

**c. Soigné 1 : Madame F**

**1. Biographie**

Madame F est âgée de 84 ans. Veuve, elle a une fille unique et deux petits-enfants qui habitent loin de chez elle. La famille tient une place importante à ses yeux. C’est pourquoi cet éloignement est difficile à supporter. Ils viennent toutefois la voir au moins tous les mois et demi. Son petit-fils de 26 ans, préparant sa thèse, passe certains week-ends chez elle à

l'occasion de ses déplacements. Elle est consciente d'avoir de la chance car au sein de sa famille, il existe de bonnes relations avec du respect envers autrui et de l'écoute. Ce qui n'est pas toujours le cas ailleurs, car pour elle, la société est devenue égoïste.

Elle était très active au sein de sa paroisse avant son hospitalisation datant de deux ans. Elle y était animatrice de chant, membre du conseil et trésorière d'une association. Sa « perte d'autonomie » a été très mal vécue car elle ne peut plus rendre service et être utile à sa communauté comme elle le souhaiterait.

Au sein de son quartier, elle a également rendu de nombreux services. Depuis sa « perte d'autonomie », on lui rend la pareille pour faciliter son quotidien et lui permettre un maintien à domicile. Par exemple, la relève de son courrier ou ses courses sont faites par des amis. L'entraide n'est pas une question d'âge selon elle, d'ailleurs ses voisins sont jeunes et l'aident volontiers.

Au cours de sa vie, elle a été suivie par quatre médecins généralistes, dont le Docteur C qu'elle considère comme une « amie ».

Les visites ont débuté après son hospitalisation en mai 2017 devant la présence de dépendance et une incapacité de déplacement. Le motif de cette hospitalisation était une chute d'allure mécanique avec station au sol prolongée. Cela a permis de découvrir une décompensation cardiaque et rénale. Elle a eu une pose de stent cardiaque et a dû rester hospitalisée pendant plusieurs mois. Devant une incapacité à reprendre la marche, elle a fait un séjour en maison de convalescence. Grâce à sa force de caractère et sa volonté de retrouver son autonomie, elle a finalement pu rentrer chez elle. Maintenant et grâce aux soins du kinésithérapeute, elle parvient à marcher avec une canne. Elle appréhende une autre chute, et l'hospitalisation qui pourrait en découler.

Depuis sa décompensation rénale, elle est dialysée trois après-midis par semaine. Comme son mari avant elle, elle ne supporte pas les dialyses. Lors des séances, le temps lui paraît long car elle ne parvient pas à s'occuper ni même à dormir. Au contraire des visites à domicile où l'attente du médecin ne la dérange pas car elle est chez elle et peut s'occuper en attendant. Son médecin généraliste vient tous les mois, souvent en fin de matinée. Elle doit ensuite appeler son pharmacien afin qu'il vienne lui délivrer les traitements.

Ses journées sont rythmées par les visites de différents professionnels de santé, que ce soit la pédicure, la kinésithérapeute ou son médecin généraliste. Entre-deux, ses journées se déroulent de façon routinière. Le matin après son petit-déjeuner, elle fait sa toilette seule. Les repas du midi sont préparés par la ville, hormis le week-end. Elle fait ensuite sa vaisselle puis

reprend ses activités de lecture, mots croisés, jeux sur tablette ou jeux télévisés. Lorsqu'elle ne va pas en dialyse, elle s'octroie une demi-heure de pause dans son fauteuil.

## 2. Analyse de cas

### 1) Les motifs des visites à domicile : le pourquoi

#### a. Déplacement du soignant devant la présence d'une dépendance

##### i. Dépendance physique

Suite à son hospitalisation en mai 2017, elle n'a pas retrouvé une autonomie lui permettant d'aller jusqu'au cabinet. Elle parle même de « handicap » (ligne 26). Son maintien à domicile dépend donc du passage du docteur C.

« Et, depuis alors, quand j'ai plus eu de soins, ils m'ont renvoyée mais à conditions de bah, que mon médecin vienne parce que je ne peux plus me dé-déplacer comme je veux, hein ! » Lignes 156-158.

##### ii. Dépendance à un tiers

Grâce à ses amis, madame F garde une certaine indépendance et sa volonté de rester chez elle peut être respectée.

« Alors d'avoir rendu service, bah, c'est pas donnant donnant quoi ! Et j'ai conservé de nombreux amis, dans le coin. Ce qui me permet de rester chez moi ! » Lignes 38-40.

### 2) Le déroulement du soin : le comment

#### a. Savoir-faire du soignant

##### i. Rigueur dans les soins

Madame F attend que le docteur C n'omette rien dans le soin médical, elle attend d'elle une prise en charge globale.

« Mmm, voyez, il s'inquiète de tous les, le mal que j'ai pu avoir. C'est ça que j'attends d'elle » Lignes 253-254.

ii. Temps de l'examen physique

Pour Madame F, le temps de l'examen physique s'inscrit dans une certaine routine avec ses rites d'interactions.

« Je sais ce qu'elle va me faire ou ce qu'elle va me dire. Me déshabiller, prendre ma tension et c'est toujours pareil, quoi disons, hein ! » Lignes 336-337.

b. Savoir-être du soignant

i. Comportement du soignant adapté

Madame F attend que le médecin prenne en considération ses attentes et besoins, pour cela il doit prendre le temps nécessaire et adapter son rythme à celui du patient.

« Elle prend tout son temps, hein ! Euh, je vois pas, elle prend le temps, de, quand il faut discuter avec moi ! Bah comme là, vous l'avez vu, elle a pris son temps ! Elle aurait pu très bien dire, bon bah, euh, ça va passer et puis c'est tout, hein ! Mais, non ! (Rire) » Lignes 344-346.

ii. Ecoute active

Le docteur C est à son écoute et dans le non-jugement, cela permet à Madame F de s'exprimer librement et d'être rassurée.

« Oui, et j'ai su devant elle, j'ai su me, me libérer en somme, hein ! Chose que, ben, en étant toute seule, on rumine, on rumine, on voit toujours le pire des choses peut-être, hein, et les autres ont beau me dire mais oui beh si, ça va aller tu vas voir, euh, on va s'en sortir y'a pas de raison ! Mais inconsciemment ... (Rire) » Lignes 289-292.

3) La relation de soin

a. Confiance

Madame F place la notion de confiance au cœur de la relation de soin. Elle serait dans le doute permanent sur la prise en charge proposée par le médecin si la confiance n'était pas établie. En outre, s'il est important que Madame F fasse confiance en son médecin, elle attend en retour la même chose de celui-ci. Elle parle à ce propos de « confiance mutuelle » (ligne 351).

La confiance accordée par Madame F dépend en premier lieu du savoir-être de son médecin. Elle est « instinctive » (ligne 435), procède d'une forme d'« attirance » (ligne 407), et est induite par l'attitude soucieuse du médecin à son égard.

Cette confiance permet à Madame F de se confier plus facilement et d'améliorer ainsi le soin.

« Je me dis quand on a confiance en quelqu'un, ben on peut lui dire tout ce qui se passe ! Non, je ne vois pas qu'est ce qui pourrait me retenir vis-à-vis d'elle, de, de pas lui confier quelque chose quoi ! Non ! » Lignes 368-370.

b. Lien et influence

Madame F n'a pas le même contact avec les médecins remplaçants qu'avec le docteur C. Etant moins en confiance, elle n'arrive pas à se confier aussi facilement même si elle ne doute pas de leur compétence médicale.

«[...] je sais pas si j'aurais autant confiance. Bon ça viendrait peut-être très vite, hein ! Mais, au début, euh, c'est pas dire qu'on se méfie mais on se demande ce que ça va être quoi ! » Lignes 401-403.

c. Soigné acteur de son soin

i. Respect de ses choix et décisions

Madame F souhaite rester à son domicile le plus longtemps possible et apprécie que le docteur C le prenne en compte. On retrouve ici une certaine forme d'empathie de la part du docteur C, elle prend en compte l'avis de Madame F et s'y adapte.

« Et, je sais qu'elle va tout faire pour que je reste ici, hein ! » Ligne 308.

ii. Volonté de retrouver une autonomie

Madame F a la volonté de retrouver une certaine indépendance afin de pouvoir rester à son domicile.

« Et, un petit peu à la fois, et d'ailleurs, les kinés m'ont dit c'est parce que vous avez la force et la volonté, que, euh, j'ai pu rentrer chez moi ! » Lignes 75-76.

d. Terme désignant le soignant

Le docteur C est comme une « amie » pour madame F sur qui elle peut compter et se confier. Le docteur C a bien pris soin de son mari quand il était vulnérable. Elle a confiance en ses soins.

« Donc, c'est vraiment, euh, je ne vais pas dire de la famille, mais quelqu'un sur qui on peut compter ! » Lignes 281-282.

**En résumé :**

Madame F présente une perte d'autonomie occasionnant une dépendance nécessitant le passage du soignant au domicile. Madame F montre une forte volonté de conserver ses capacités restantes en vue de rester à son domicile.

Au cours du soin, Madame F accorde de l'importance au savoir-faire du soignant, savoir-faire qui s'exprime sous la forme d'un examen physique rigoureux. Le savoir-être du soignant est tout aussi important, il joue un rôle majeur dans l'établissement d'une relation de confiance.

La relation de soin doit être basée sur une confiance partagée conduisant au respect des choix du patient. Madame F accorde une importance particulière au lien affectif avec son médecin, considérée comme une amie à qui elle peut se confier sans peur du jugement.

**d. Soigné 2 : Monsieur C**

**1. Biographie**

Monsieur C a 85 ans, il vit seul. Il a deux filles et une petite-fille dont il se sent proche. L'une de ses filles habite à proximité de son domicile et lui rend visite régulièrement.

Sur le plan médical, il a une insuffisance cardiaque, un antécédent de cancer cutané, et de l'arthrose au niveau des genoux.

Monsieur C se montre discret sur sa vie personnelle. Il aime écouter de la musique tout au long de la journée, car cela lui permet d'avoir une « compagnie ». Il se sent isolé, en retrait par rapport aux événements actuels. Il s'occupe en faisant des mots croisés ou bien en jardinant quand le temps le lui permet. Il regrette de ne plus parvenir à bricoler chez lui.

Les premières visites à son domicile ont été réalisées par les infirmières afin de réaliser tous les jours les soins nécessaires au niveau de ses jambes. Le docteur C voulant le voir plus souvent et redoutant une chute, lui a proposé de réaliser une première visite à domicile en novembre 2018, qu'il a ensuite renouvelée une fois par mois environ. Monsieur C a eu du mal à accepter ce changement dans le soin, car ces visites le privent d'une de ses libertés, à savoir ses sorties. Il aimait bien en effet, venir jusqu'au cabinet afin de « changer d'atmosphère », prendre sa voiture et voir du monde en salle d'attente. Actuellement, il ne voit presque personne en dehors de la visite des professionnels de santé, de ses filles et de sa femme de ménage.

Il se trouve encore autonome dans la vie de tous les jours, il adapte juste son rythme de marche. Il se déplace avec une canne et sort avec sa voiture pour faire ses courses. Il ne nécessite pas d'aide pour la préparation de ses repas.

## 2. Analyse de cas

### 1) Les motifs des visites à domicile : le pourquoi

#### a. Dans un souci de bien-être dans le soin

Le docteur C sentant monsieur C plus vulnérable au cours de ses déplacements, a préféré passer aux visites à domicile afin de prévenir une éventuelle chute. Monsieur C a regretté de ne plus pouvoir se déplacer au cabinet, dans la mesure où ces déplacements étaient autant d'occasions de rompre avec son isolement.

« Le docteur s'inquiétait toujours ! (Rire) Moi : Elle vous l'a dit ? Soigné 2 : Oui, oui, elle craignait toujours que je me, que je tombe. » Lignes 90-92.

#### b. Déplacement du soignant devant la présence d'une dépendance

##### i. Dépendance physique

En raison de son arthrose au niveau des genoux, Monsieur C présente des difficultés pour se déplacer, et requiert l'aide d'une canne. Constatant ces difficultés et dans un souci de sollicitude, le docteur C lui a proposé de passer au domicile.

« Moi, je disais, bon bah, moi je sais encore marcher, encore, difficilement mais enfin, je peux toujours y aller jusqu'à chez elle ! Et puis, à cause des jambes, elle dit bon bah, je vais passer chez vous, voilà ! » Lignes 70-72.

### 2) Le déroulement du soin : le comment

#### a. Savoir-faire du soignant

##### i. Compétence médicale

Pour monsieur C, les visites ont pour principale finalité de l'aider à retrouver la meilleure autonomie possible.

« Pour me maintenir en forme pour pouvoir faire ce que j'ai envie de faire, voilà ! Si je peux encore aller au jardin, ah bah, ça serait, ça serait l'idéal ! » Lignes 285-286.

ii. Temps de l'examen physique

Le temps de l'examen physique est primordial pour monsieur C. Le temps de l'auscultation ainsi que le regard sur ses jambes sont des points essentiels à ne pas négliger. « Bah, c'est tout, elle m'ausculte, c'est tout ce qu'il y a à faire, hein ! » Ligne 361.

3) La relation de soin

a. Lien et influence

i. Atténuer la solitude

Monsieur C trouve que la visite du docteur C lui permet de moins éprouver sa solitude. « Ça ne dure pas longtemps, m'enfin, c'est toujours ça ! Parce que je ne vois pas grand monde, c'est tout ! » Lignes 166-167.

ii. Soignant acteur principal du soin

Cette relation de soin s'inscrit dans un modèle paternaliste. Les décisions sont prises par le docteur C et acceptées de manière passive par monsieur C. « Bah, c'est le docteur qui dit que ça va, je ne vais pas aller à son encounter ou dire le contraire. » Lignes 246-147.

b. Soigné acteur de son soin

i. Respect de ses choix et décisions

Cette relation de soin s'inscrit dans un modèle de type paternaliste. Le déclenchement des visites a été le fait du docteur C et a d'abord été subi par monsieur C qui l'a vécu comme une forme de privation de ses libertés. Monsieur C se montre résigné dans l'acceptation des choix du médecin, mais n'exprime à aucun moment la volonté d'être acteur de son soin. « Bah, je l'ai accepté comme ça ! C'est elle qui l'a, c'est elle qui s'est imposée disons ! » Ligne 422.

c. Terme désignant le soignant

Monsieur C qualifie le docteur C de « gentil » du fait qu'elle se déplace à sa place alors qu'il n'était pas en accord avec ce choix au départ.

« C'est gentil dans quel sens ? Soigné 2 : Bah, de se déplacer, quand même ! Si donc, alors que je refusais toujours. » Lignes 185-186.

**En résumé :**

Les visites à domicile ont été instaurées à l'initiative du docteur C en vue de prévenir une chute du patient en situation de perte d'autonomie.

Monsieur C accorde essentiellement de l'importance au savoir-faire du soignant, qui doit lui permettre de retrouver la meilleure autonomie possible de manière à reprendre ses activités quotidiennes. À l'inverse, monsieur C évoque très peu le savoir-être de son médecin.

La relation de soin suit un modèle paternaliste. Monsieur C ne se décrit pas comme acteur de son soin mais accepte avec résignation les décisions de son médecin. La passivité de Monsieur C se ressent plus globalement, notamment dans son positionnement en retrait par rapport aux évènements de l'actualité.

**e. Soigné 3 : Madame T**

**1. Biographie**

Madame T est âgée de 84 ans. Elle est veuve depuis trois ans.

Elle formait avec son mari un couple fusionnel qui a eu une fille en octobre 1956 et un garçon en janvier 1960. Elle a également des petits-enfants et six arrière-petits-enfants. Ceux-ci habitant loin de chez elle, elle les voit grandir principalement par le biais des photos ce qui ne lui permet pas d'avoir un lien étroit avec eux.

Madame T aime les relations avec autrui, elle aime ce contact depuis son plus jeune âge. Elle arrive facilement à s'adapter et à être à l'aise dans toutes les situations. Malgré son côté fataliste, elle aime rire de tout.

Elle a exercé de nombreux métiers. Elle a terminé son parcours professionnel en tant que gérante de rayon pendant vingt-deux ans dans un supermarché. Le port de charge répétitif lui a causé des lombalgies chroniques ainsi qu'une rupture de la coiffe des rotateurs. Au niveau de ses mains, de l'arthrose l'empêche maintenant d'avoir une bonne préhension.

Sur le plan médical, bien qu'ayant été souvent malade, elle est patiente lors des soins, attentive aux consignes et compréhensive envers les soignants. Ce qui, de son point de vue, n'est pas forcément le cas de tous les patients.

Elle a séjourné deux fois dans un sanatorium afin de soigner une tuberculose : onze mois en tout à l'âge de seize ans pour sa primo-infection puis dix-huit mois après la naissance de sa fille pour une rechute. Ce dernier séjour a été plus difficile à vivre à cause de la distance familiale. Le savoir-être des soignés empreint d'empathie lui a permis de mieux vivre cette séparation.

Sur le plan chirurgical, son appendicectomie à l'âge de neuf ans ne lui a pas laissé de bon souvenir et elle parle même à ce sujet de « maltraitance ». Le manque de délicatesse et de savoir-être du chirurgien l'a fortement marquée.

Actuellement, elle a encore de nombreux suivis médicaux dont celui par un ophtalmologue pour une Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA) bilatérale. Cette pathologie nécessite de faire des injections régulières, le soin n'est pas agréable mais elle en comprend la nécessité. Mme T fait confiance à son ophtalmologue sur le plan professionnel, mais regrette son manque d'empathie, ce qui l'a déjà fait hésiter à changer de soignant.

Souffrant d'insomnie quotidienne, elle tente de se soigner avec de l'homéopathie. Depuis l'âge de 70 ans, elle est également appareillée la nuit pour un syndrome d'apnée du sommeil.

Récemment, on lui a découvert une Pseudo Polyarthrite Rhizomélique (PPR). Elle a dû consulter un rhumatologue, celui-ci l'a bien soignée en instaurant une corticothérapie qui s'est révélée efficace. Le contact avec ce spécialiste était de bonne qualité. Sur le plan du savoir-être, il était rassurant et d'une grande gentillesse.

C'est au moment de sa poussée de PPR que les visites à domicile ont débuté. En effet, les douleurs étaient tellement intenses que les déplacements étaient devenus impossibles. Depuis, il persiste une perte d'autonomie avec une difficulté à la marche. Elle se déplace en extérieur à l'aide d'un déambulateur. À la suite d'une chute mécanique datant de deux ans, un kinésithérapeute était venu à son domicile pendant un an et demi. Elle a gardé contact avec lui car une relation de confiance s'est instaurée.

Son premier médecin généraliste avait été choisi pour ses compétences en pneumologie.

Son médecin généraliste actuel est devenu sa « confidente ». Leur relation date de son installation, il y a dix-neuf ans.

Elle a perdu son mari en deux mois à cause d'une leucémie. Celui-ci ayant été placé en soins palliatifs, elle n'a pas pu être présente lors de son décès survenu au cours de la nuit. Elle

n'a même pas pu réaliser son souhait, en lui apportant un brin de lavande, symbole de son espace de vie. Depuis le décès de son mari, la vie a perdu son sens, elle n'en attend plus rien. Le sentiment de solitude s'est renforcé notamment avec le nombre de connaissances ne venant plus la visiter suite au décès de son mari. Mme T a dorénavant plus d'amis de l'âge de sa fille.

Sur le plan familial, son fils et sa belle-fille sont bien présents et tentent d'améliorer son quotidien. Elle est même partie en vacances avec eux en Bretagne, il y a deux ans. Étant de plus en plus fatiguée, elle ne se sentirait plus capable de réitérer l'expérience. Ils continuent tout de même à lui proposer d'autres sorties tels que des spectacles ou des repas au restaurant. Tous les vendredis, ils l'emmènent faire ses courses à tour de rôle.

Au quotidien, elle prépare ses repas mais elle n'a plus autant de plaisir à cuisiner qu'avant, comme elle n'a plus de compagnon avec qui partager ces moments. Elle arrive encore à faire sa toilette seule dans sa baignoire grâce à l'installation d'un banc. Tous les quinze jours, une amie vient lui faire son ménage. Mais, étant d'un naturel « maniaque », elle le fait entre-deux et monte même encore sur une échelle pour faire la poussière. Ne voulant pas déranger, elle préfère le faire elle-même.

Ses activités quotidiennes ayant été réduites pour cause de perte d'autonomie et de déficit visuel, les journées lui semblent longues. Elle a instauré une certaine routine afin de rythmer ses journées : d'abord allumer le chauffage, puis boire son café tout en écoutant les informations à la radio, etc. Cette routine lui permet de moins ressentir la solitude, qui lui tient maintenant « compagnie », comme elle dit.

## **2. Analyse de cas**

### **1) Les motifs des visites à domicile : le pourquoi**

#### **a. Déplacement du soigné devant la présence d'une dépendance**

##### **i. Dépendance physique**

Madame T présente des douleurs profuses suite à une PPR causant des difficultés à la marche et une nette diminution de son autonomie. En outre, la survenue d'une DMLA bilatérale entraîne des troubles de la vision et partant, une nouvelle fragilité et un risque de chute accrue. « Ça va à peu près, c'est surtout les douleurs ! Puis, du fait que je commence à voir de moins en moins, euh, je suis un peu déséquilibrée, je dois faire attention. » Lignes 456-457.

ii. Dépendance à un tiers

Les visites du docteur C ont débuté en première intention pour l'époux de Madame T. Atteint d'une leucémie, celui-ci était en situation de vulnérabilité notamment en raison des fragilités induites sur le plan immunitaire. Indirectement, Madame T a également bénéficié de ses visites à domicile.

Depuis la mort de son mari, Madame T est dépendante pour ses déplacements extérieurs. Elle doit demander de l'aide à son fils ou sa nièce pour certaines de ses activités de la vie quotidienne telles que les courses.

« Mais, moi, il faut que j'attende que mon fils, il me conduise chez elle, de temps en temps ! »  
Lignes 576-577.

2) Le déroulement du soin : le comment

a. Savoir-faire du soignant

i. Compétence médicale

Madame T attend de son médecin les meilleures compétences afin de la soigner au mieux, ainsi qu'un suivi et une coordination des soins lorsque les compétences d'autres professionnels sont requises. Elle comprend bien que son médecin ne peut pas toujours la guérir mais souhaite que celui-ci prenne au moins en considération ses attentes.

« Il y a malheureusement des situations où on ne peut pas ! Mais, moi je trouve que c'est bien de savoir que voilà je vais le voir, il va me trouver ce que j'ai et il va tout faire pour m'aider et me guérir ! » Lignes 850-852.

ii. Rigueur dans le soin

Madame T attend de son médecin qu'il fasse preuve de rigueur en ne négligeant aucun point au cours de ses visites. Le médecin doit se sentir responsable de la santé et du bien-être du patient.

« Si vous êtes souffrante qu'il va vraiment rechercher la cause de vos problèmes. Pas passer au-dessus du, en négligeant à la limite. » Lignes 846-847.

iii. Temps de l'examen physique

Le temps de l'examen physique constitue une étape essentielle de la visite pour madame T.

« [...] elle m'ausculte euh, elle me vérifie mes, parce que j'ai aussi la sous-clavière qui, j'ai une sous-clavière qui se bouche ! » Lignes 621-622.

b. Savoir-être du soignant

i. Ecoute active

Madame T attend de son médecin qu'il soit à son écoute et prenne le temps de la rassurer lorsque cela est nécessaire.

« Bah, s'il y a quelque chose qui vous tracasse, je trouve que c'est le rôle du docteur. » Ligne 464.

ii. Information claire et loyale

Madame T fait valoir son droit d'être informée sur son état de santé. Elle demande à son médecin de faire preuve de transparence. Cela lui est nécessaire en vue de prendre une part active dans le soin.

« Tandis que si vous savez réellement ce que vous avez, bah, on fait face et puis c'est tout ! Quand on sait bien sûr ! » Lignes 73-74.

iii. Comportement du soignant adapté

Madame T accorde une importance particulière au savoir-être du médecin. Celui-ci doit respecter ses attentes, et faire preuve de disponibilité. Avant toute chose, Madame T attend de son médecin qu'il soit avenant. Si le médecin se montre « chaleureux » (ligne 52) et « sympathique » (ligne 910), Madame T se sentira en effet plus apte à se confier.

« [...] pensez toujours à l'accueil ! À la, ce qui se passe entre deux êtres, c'est très important ! Sans être proche, mais au moins, euh, avoir des bons rapports, c'est ça qui est essentiel, moi je trouve ! Parce que quand vous appréciez quelqu'un vous vous confiez beaucoup plus facilement ! » Lignes 833-836.

3) La relation de soin

a. Confiance

La confiance est essentielle dans la relation de soin pour madame T. Ce sentiment, qualifié d'« immuable » (ligne 859), s'il est en partie inspiré par l'attitude du médecin, dépend surtout de la reconnaissance de ses compétences médicales.

« Maintenant, attention, la confiance se base plus sur les soins qu'il vous prodigue, sur la façon de vous soigner que sur la mine, hein, si je puis dire ! Mais, les deux ensemble ce n'est pas gênant ! Pas du tout ! (Rire) » Lignes 912-914.

b. Empathie

La manifestation par le soignant de gestes empathiques permet selon madame T d'améliorer la qualité des soins. Cela peut se traduire par des attentions en dehors du soin en lui-même. Elle a surtout constaté cela à l'occasion de son passage au sanatorium où l'humanité des patients étaient pleinement prise en considération.

« Des petites gentillesse comme ça, qui font que, on se sent quand même soutenue davantage. » Lignes 172-173.

c. Responsabilité du soignant

Madame T apprécie que le médecin se déplace à sa place, cela permet de faciliter son maintien à domicile.

« [...] bon encore que toute notre vie on s'est dérangé pour aller chez le docteur. Mais en vieillissant on apprécie quand le docteur vient à domicile, ça c'est vrai, il faut le reconnaître. » Lignes 1195-1197.

d. Soigné acteur de son soin

Madame T prend une part active dans son soin. Elle est capable de préparer en amont ses traitements avant la visite. Ses choix sont également au premier plan dans son soin. Par exemple, la kinésithérapie pour ses douleurs n'a pas été reconduite car elle n'en désirait plus.

« Donc, euh, et pis y'a ceux aussi qui ne veulent pas se donner du mal. Je connais, vous savez ! (Rire) Et qui attendent que tout soit fait par l'autre ! Moi, non, hein » Lignes 666-667.

e. Termes désignant le soignant

Le docteur C est présenté comme une « confidente » (ligne 53) par madame T. Au fil des années, un lien d'intimité a pu être tissé. Les compétences médicales du docteur C sont appréciées mais aussi son sens de l'écoute et son contact « chaleureux » (ligne 52).

« [...] elle a été très, très près de moi lors du décès de mon mari, ça a été tellement rapide ! Il a développé une leucémie en juin, il mourrait déjà en août. Alors, donc, c'est des liens qui rapprochent, un peu ! Parce que c'est vrai, elle était proche de nous quand même, ouais ! On a toujours été très content de ses soins et de son contact ! » Lignes 80-83.

**En résumé :**

Madame T apprécie que le docteur C prenne en considération sa perte d'autonomie et sa vulnérabilité sous-jacente en faisant le déplacement à sa place.

Madame T accorde de l'importance au savoir-faire de son médecin - condition *sine qua non* de sa confiance – ainsi qu'à son savoir-être, sans lequel elle ne pourrait pas se confier. La dimension humaine revêt une importance toute particulière dans la relation avec le soignant.

Madame T souhaite prendre une part active dans son soin et pour cela revendique le droit d'être pleinement informée sur son état de santé.

**f. Soigné 4 : Madame M**

**1. Biographie**

Mme M est âgée de 84 ans, elle est veuve depuis un an.

Son mari, de six ans son aîné, est décédé à l'âge de 89 ans suite à un œdème pulmonaire. Mme M est contente que celui-ci ait pu rester dans son espace de vie, un maximum de temps. Elle désire la même chose pour elle. Être le tiers aidant de son mari n'a pas toujours été facile à vivre, face à l'évolution de sa maladie d'Alzheimer. Elle a perdu plus de sept kilos. Au cours des sept années qu'ont duré la maladie de son mari, des aides humaines ont été instaurées avec le passage d'infirmières pour la toilette et l'habillage. Ayant été satisfaite de leurs soins avec son mari et de leur écoute active, elle a encore recours à elles en cas de besoin, par exemple pour une prise de sang.

Elle a deux enfants, une fille et un garçon habitant en région parisienne. Son fils lui rend plus souvent visite.

Elle a quitté l'école à l'âge de quinze ans, puis a brièvement exercé le métier de secrétaire, avant de devenir femme au foyer.

Sur le plan médical, elle a eu deux fractures de l'épaule ayant entraîné des troubles de l'équilibre. Depuis deux épisodes de chute consécutifs à ses troubles, Madame M a peur de rechuter. Elle a eu récemment des problèmes cardiaques avec une augmentation des troponines. Son passage aux urgences n'a pas été bien vécu. Elle n'a pas réussi à dormir sur le brancard et ne souhaite plus jamais revivre cela. Elle a encore certains examens cardiologiques à passer afin de trouver une étiologie. La relation avec la cardiologue est toute récente mais le docteur D étant en accord avec sa prise en charge cela lui convient.

Son premier médecin généraliste étant parti en retraite, elle a au départ pris sa remplaçante. Ne se sentant pas écoutée et ses choix pour son mari n'étant pas pris en considération par la remplaçante, elle a préféré changer de médecin. En effet, elle ne souhaitait pas que son mari parte du domicile car il aurait perdu tout repère. Le docteur D a donc pris le relai.

Suite au décès de son mari, elle ressent de la solitude. Face à son isolement, elle a obtenu l'APA et une aide vient trois heures par semaine. Cette aide lui est vraiment utile pour certaines activités de la vie quotidienne telles que les courses, les retraits bancaires, etc.

## **2. Analyse de cas**

### 1) Les motifs des visites à domicile : le pour quoi

#### a. Dans un souci de bien-être dans le soin

Madame M ne se sent plus capable d'assurer le déplacement jusqu'au cabinet du médecin et craint l'éventualité d'une chute.

« Alors, je suis déjà tombée deux fois, alors euh, je veux plus retomber une troisième fois ! (Rire) Alors, j'ai demandé de venir à domicile, quoi ! » Lignes 77-78.

#### b. Déplacement du soigné devant la présence d'une dépendance

##### i. Dépendance physique

Madame M, qui souffre d'un trouble de l'équilibre consécutif à deux fractures des épaules, présente des difficultés de déplacements.

« [...] j'ai eu deux fractures, deux fractures d'épaules, et depuis ce temps-là, mon équilibre, il me, je n'ai plus retrouvé mon équilibre comme avant, quoi ! » Lignes 72-74

ii. Dépendance à un tiers

Madame M, qui n'a jamais passé le permis de conduire, dépendait de son mari pour ses déplacements. Depuis le décès de ce dernier, l'aide d'un tiers est requise pour ses trajets.

« Au départ, on y allait en voiture évidemment, bon, mais à partir du moment où mon mari a été malade et qu'il ne pouvait plus conduire et comme je ne conduis pas ! » Lignes 101-103.

2) Le déroulement du soin : le comment

a. Savoir-faire du soignant

i. Compétence médicale

Madame M attend d'être soignée au mieux par son médecin, avec les traitements adéquats afin de rester à son domicile le plus longtemps possible.

« Chez moi, le plus longtemps possible ! Oui, je désire pas être en maison de retraite ! Surtout pas, surtout pas ! (Rire) Moi : D'accord, euh, donc vous attendez la guérison de la part de votre médecin, pendant les visites. Soigné 4 : Oui, c'est ça oui ! Disons tout au moins l'amélioration, quoi, l'amélioration parce que je sais bien que on ne peut peut-être pas guérir à cent pour cent mais... » Lignes 192-197.

ii. Rigueur dans le soin

Pour Madame M, chaque médecin doit être consciencieux dans sa prise en charge.

« Bah, pas prendre les choses à la légère, trop à la légère quoi, légère, prendre les choses au sérieux, mais sans dramatiser pour autant, quoi, hein ! » Lignes 376-377.

iii. Temps de l'examen physique

Pour Madame M, l'examen physique représente une étape essentielle de la visite, notamment en raison de ses antécédents cardiaques.

« [...] il fait ce qu'il a à faire, il a pris ma tension. C'était normal, parce que, avec ce que j'ai eu au cœur » Lignes 291-292.

b. Savoir-être du soignant

i. Ecoute active

Madame M attend que le médecin fasse preuve de disponibilité notamment afin de la rassurer.

« Bah, il panique pas, euh, voilà quoi, il est plutôt rassurant quoi, rassurant, je pense ça va dans le bon sens quoi ! » Lignes 347-348.

3) La relation de soin

a. Lien et influence

Pour un soin optimal, le médecin devrait allier savoir-faire au sens de la compétence médicale et savoir-être au sens d'une forme de gentillesse respectueuse des choix et décisions du patient.

« Et une bonne relation, c'est quoi pour vous, du coup ? Soigné 4 : La gentillesse, la gentillesse quand même ! Et la compétence évidemment, la compétence ! » Lignes 266-268.

b. Soigné acteur de son soin

Madame M tient à prendre une part active dans son soin, tout comme elle se sentait associée aux décisions relatives à la prise en charge de son mari. Le médecin doit impérativement prendre en considération son avis et ses choix, sans cela elle ne poursuivra pas cette relation.

« Il impose pas que ses idées quoi, il tient compte de ce que je lui demande, ce que je lui dis. » Lignes 206-207.

c. Responsabilité du soignant

Madame M apprécie que le Docteur D se déplace à son domicile. Elle est consciente que d'autres médecins ne le feraient pas, or pour un maintien à domicile cela reste essentiel.

« Toutes les fois, tant qu'on pouvait se déplacer, on se déplaçait, et si on les a fait venir à domicile c'est qu'on ne pouvait plus se déplacer, quoi, donc il est important d'être suivi par un médecin, alors donc euh, voilà c'est un, c'est un plus quoi ! » Lignes 362-364.

d. Terme désignant le soignant

Madame M évoque à plusieurs reprises la notion de gentillesse comme une qualité qui importe dans le soin. La gentillesse est ici assimilée à une forme d'écoute et de prise en considération de l'avis du patient par le médecin. La relation de soin s'inscrit dans un modèle délibératif.

« C'est quoi être très gentil ? Soigné 4 : Bah, il est à l'écoute, à l'écoute, et, il tient compte de mon point de vue, quoi, aussi ! » Lignes 203-204.

**En résumé :**

Madame M ne se sentait plus capable de se déplacer jusqu'au cabinet suite à des chutes répétées en lien avec ses troubles de l'équilibre.

Elle attend de son médecin qu'il soit rigoureux dans sa pratique. La relation de soin doit lui permettre d'améliorer sa qualité de vie, de rester à son domicile et d'éviter une nouvelle hospitalisation.

Madame M accorde de l'importance au respect de sa liberté de choix. La relation de soin s'apparente à un modèle délibératif.

**g. Soigné 5 : Monsieur B**

**1. Biographie**

Monsieur B est âgé de 85 ans, il est marié.

Il a trois enfants : deux filles et un garçon. Sa fille aînée a repris sa succession en tant que médecin généraliste. Il voit ses enfants au moins une fois par semaine.

C'est un ancien médecin généraliste. Il a également été médecin colonel de réserve dans l'armée et au sein des sapeurs-pompier. Il avait également un diplôme de gériatrie et s'occupait donc d'une maison de retraite. Il avait une grosse patientèle. En 1997, il a cessé son activité à l'âge de 63 ans. Depuis, il trouve qu'il vit aux dépens de la société.

Il se décrit comme un « malade bien portant » malgré ses nombreux antécédents médicaux. Au cours de son enfance, il a eu une angine compliquée d'un rhumatisme articulaire aiguë. Cela lui a fait perdre une année scolaire faute de soins efficaces à cette époque. Il a également eu des complications cardiaques de ce rhumatisme ayant nécessité la pose en 2002 de deux bioprothèses valvulaires. Une reprise en 2007 a été nécessaire. Il a dû faire de la

rééducation cardiaque. Il a plus rapidement récupéré son autonomie en 2007 qu'en 2002. Il a également une maladie d'Osler et un cancer cutané ayant nécessité une greffe.

Au départ, Monsieur B était le seul acteur de ses propres soins, puis sa fille qui est également médecin a pris le relai. En raison des difficultés induites par le lien affectif, il a préféré prendre un autre médecin, le Docteur D, que sa fille lui a conseillé. Il ressent lors des visites du Docteur D une certaine écoute active et de manière générale une attitude empathique. Il se retrouve un peu dans cette façon d'exercer.

Monsieur B présente des difficultés à la marche mais parvient à se déplacer à l'aide d'un déambulateur à son domicile. Afin d'améliorer son autonomie physique, un kinésithérapeute passe le voir tous les jours. Il rencontre des difficultés croissantes pour s'exprimer, et se sent de ce fait plus vulnérable. Il a d'ailleurs décidé d'arrêter de jouer au bridge pour éviter de souffrir du regard porté par son environnement sur cette nouvelle fragilité. Il a délégué depuis un an la gestion de ses traitements à sa femme, ne s'en sentant plus capable d'un point de vue cognitif.

Les visites ont débuté il y a un an suite à une hospitalisation. Il y a eu également l'instauration de passage d'aides infirmiers afin de réaliser les injections d'héparine. Par la suite, une aide-soignante a pris le relai pour la toilette

Au cours de ses journées, il apprécie toujours de se cultiver, en lisant ou en regardant des séries historiques principalement.

## **2. Analyse de cas**

### 1) Les motifs des visites à domicile : le pourquoi

#### a. Déplacement du soignant devant la présence d'une dépendance

Du fait de ses nombreux antécédents qui ont entraîné des fragilités, Monsieur B n'est plus aussi autonome au quotidien. Il n'est plus capable de se déplacer sans l'aide d'un déambulateur. Ces difficultés de déplacement sont principalement occasionnées par des douleurs au niveau de sa jambe gauche.

« Oui, ben c'est parce que je suis incapable de me déplacer ! » Ligne 192.

2) Le déroulement du soin : le comment

a. Savoir-faire du soignant

i. Compétence médicale

Monsieur B attend avant tout que le docteur D prenne en charge sa santé.

« [...] puis, on vient vite au médical ! Parce que, il est là pour ça hein ! » Lignes 362-363.

ii. Temps de l'examen physique

Le temps de l'examen physique reste un temps essentiel de la visite chez monsieur B. Cela permet au médecin de dépister de nouvelles fragilités.

« [...] il me palpe un peu les jambes pour voir euh, si elles ne sont pas gonflées. » Lignes 501-502.

b. Savoir-être du soignant

i. Comportement du soignant adapté

Pour monsieur B, tout médecin devrait accueillir chacun de ses patients avec « sympathie » (ligne 312) et adopter une approche empreinte de simplicité.

« [...] la sympathie c'est quoi pour vous ? Soignant 5 : Ah ! C'est l'approche, je crois que, un médecin doit avoir une certaine approche de son patient ! » Lignes 313-315.

ii. Ecoute active

Le médecin doit également prendre le temps d'écouter son patient en tenant compte de ses doutes ou attentes. Cela permet à ce dernier de se projeter et d'avoir de nouveaux objectifs.

« [...] après ça, on discute les, les, les futures interventions, comme ici, bon, on discute ma jambe » Lignes 302-303.

3) La relation de soin

a. Lien et influence

Monsieur B, médecin lui-même, était au départ le seul acteur de ses propres soins. Puis ne s'en sentant plus capable, il s'en est remis à sa fille, elle-même médecin généraliste. Voyant que le lien affectif ne permettait pas une relation de soin optimale, au sens où monsieur B ne suivait pas les recommandations de sa fille, il a préféré se tourner vers un autre médecin, le docteur D.

« Ensuite, j'ai eu ma fille mais pas longtemps, L euh, mais c'est pas, c'est pas que j'étais têtu, je crois que c'était le fait, elle s'est rendu compte qu'on ne pouvait pas soigner son père ! »  
Lignes 434-436.

b. Responsabilité du soignant

Fort de son expérience, monsieur B trouve que tout médecin se doit de faire des visites en cas de perte d'autonomie de ses patients. Cela est nécessaire afin de faciliter un maintien à domicile.

« Je faisais, étant donné que c'est plus possible, je ne, je, alors il vient ici et je trouve ça normal quoi ! » Lignes 575-576.

c. Soigné acteur de son soin

Il est important pour monsieur B que le docteur D prenne en considération ses choix et ses refus au regard de certains soins. Cette approche, qui relève du principe d'autonomie, est une condition essentielle de sa participation active dans la relation de soin.

« Mais, moi, je dis qu'il faut faire quelque chose, je ne veux pas rester comme ça ! » Ligne 306.

d. Termes désignant le soignant

Monsieur B estime que tout soignant devrait faire preuve de « gentillesse », c'est-à-dire avoir une façon de faire adaptée au patient. Pour lui, cela est inné.

« C'est important parce que, c'est, c'est, je crois que, euh, quelqu'un qui est, qui, qui ne viendrait que pour faire son boulot et partirait ça n'irait pas ! C'est, c'est, on cherche un peu mieux ! » Lignes 477-479.

**En résumé :**

Monsieur B trouve légitime que son médecin passe au domicile, lui-même étant dans l'incapacité de se déplacer jusqu'au cabinet médical.

Dans le soin, le savoir-faire du soignant prime. La visite permet de faire le point sur la santé du patient afin de dépister et, le cas échéant, traiter les fragilités. Monsieur B entend prendre une part active dans la relation de soin, et souhaite que son avis soit pris en considération.

Le savoir-être du soignant contribue à l'amélioration de la relation de soin qui ne peut être réduite à sa dimension technique. Toutefois, peu de place est accordée au lien affectif avec le médecin, qui peut même constituer un obstacle au bon déroulement de la relation de soin.

**h. Soigné 6 : Madame C**

**1. Biographie**

Mme C est âgée de 66 ans. Elle vit seule et n'a pas d'enfant.

C'est une ancienne monitrice d'auto-école. Elle adorait son métier, en particulier le contact humain qui en découlait. La communication lui apparaît comme une composante essentielle de toute profession, y compris celle de médecin.

En tant que femme, elle a l'impression de ressentir davantage les émotions ou certaines réactions dans une relation contrairement aux hommes qui seraient moins sensibles à cela.

Elle est provisoirement en EHPAD, depuis sept mois, et retourne à domicile dans moins de deux semaines. À ce jour, elle reste en EHPAD pour faciliter la coordination des soins et les transferts en ambulance pour ses derniers examens complémentaires. Avant cela, elle a été hospitalisée pendant cinq mois afin de recevoir les soins adéquats pour le traitement de son cancer. En effet, celui-ci avait évolué et s'était étendu jusqu'au niveau des membres inférieurs. Peu de temps avant son hospitalisation, le médecin traitant avait débuté les visites à domicile car elle ne pouvait plus se déplacer.

Suite aux soins et à la kinésithérapie, elle remarque sans aide technique mais reste la plupart du temps alitée à cause d'une asthénie persistante.

Pour préparer son retour à domicile, étant consciente de sa perte d'autonomie, elle a décidé de prendre une aide pour les activités de la vie quotidienne (courses, etc.). Si besoin, elle peut également compter sur le soutien de ses amis. Enfin à son retour, son kinésithérapeute et son médecin reprendront les visites à domicile.

Elle connaît le Docteur D depuis quatre ans. Son médecin précédent avait un abord plus strict mais savait se montrer disponible pour chacun de ses patients. Avec le docteur D, la relation a évolué positivement depuis le rapprochement des visites, elle commence à mieux le connaître et cela est appréciable.

Pour elle, tout médecin devrait apprendre à mieux connaître et comprendre chacun de ses patients. Elle trouve d'ailleurs que les anciens médecins consacraient davantage de temps à cela.

## 2. Analyse de cas

### 1) Les motifs des visites à domicile : le pour quoi

#### a. Déplacement du soignant devant la présence d'une dépendance

##### i. Dépendance physique

Suite à l'évolution de son cancer, Madame C présente des difficultés à la marche. Bien qu'ayant retrouvé une certaine autonomie grâce aux séances de kinésithérapie, elle est trop fatiguée pour se rendre au cabinet.

« Avec le médecin, ah ! Bah, c'est le jour où j'ai su plus bouger, autrement j'allais régulièrement chez lui. » Lignes 83-84.

### 2) Le déroulement du soin : le comment

#### a. Savoir-faire du soignant

##### i. Rigueur dans les soins

Madame C accorde de l'attention au « sérieux » (ligne 280) que tout médecin devrait montrer dans ses soins. Chaque médecin devrait connaître ses limites et savoir orienter vers un autre spécialiste lorsque cela est nécessaire.

« Par rapport à ce que j'ai vécu durant ma vie, euh, certains médecins ne vont pas, ne font pas, pas le travail à fond si on veut ! » Lignes 474-475.

ii. Temps de l'examen physique

Madame C attend de tout médecin un examen physique. Sans cela, le médecin ne pourrait pas dépister certaines fragilités telles qu'une hypertension.

« Oui, qu'il ausculte ! Parce que, j'ai déjà été voir des médecins, pas de tension, pas de euh, et qu'il ausculte pas, hop ! On pose des questions et puis hop, du balai ! » Lignes 171-172.

b. Savoir-être du soignant

i. Comportement du soignant adapté

Dans la relation de soin, Madame C parvient à se confier plus facilement lorsque le médecin est avenant et prend le temps de s'intéresser à elle. Elle regrette qu'en raison de leur sous-nombre, les médecins actuels manquent de disponibilité.

« On se dévoile moins, on parle moins, on communique moins avec quelqu'un qui est plus euh, ça nous scie les pattes ! (Rire) En parlant français ! (Rire) » Lignes 294-295.

ii. Ecoute active

Pour Madame C, le médecin doit communiquer de façon adaptée avec son patient en prenant en considération ses attentes. Pour cela, le médecin doit se montrer attentif, poser des questions, et s'intéresser au patient dans sa globalité.

« Déjà la communication parce que les médecins [...] Ils ne cherchent pas ! La communication ! Qu'ils posent des questions parce que des fois, euh, vous voyez on peut cacher quelque chose que... » Lignes 210-212.

3) La relation de soin

a. Confiance

La confiance est pour Madame C un point clé dans la relation de soin. Elle lui permet de se confier plus facilement. Et si le médecin adopte une « bonne communication » avec une écoute active, Madame C lui fera plus facilement confiance.

« Oui quand on a une bonne communication, on a beaucoup plus confiance au médecin ! » Lignes 297-298.

b. Lien et influence

La relation de soin envisagée par Madame C ne peut être optimale sans l'instauration d'un réel échange, dans lequel le médecin se doit d'apprendre à connaître son patient.

« Le relationnel parce que, il y en a des fois qui ne communiquent pas assez ! Euh, j'avais un médecin du côté de B, donc bonjour, bon pourquoi, c'est pourquoi, bon mais bon ! Il n'y avait pas d'échange. Non avant tout, c'est le relationnel entre un médecin et le patient » Lignes 237-240.

**En résumé :**

Chez Madame C, les visites à domicile ont débuté devant une perte d'autonomie suite à l'évolution de son cancer.

Dans le déroulement du soin, le savoir-faire du médecin est essentiel. Il doit être rigoureux dans sa prise en charge et reconnaître ses limites en adressant si besoin. Son savoir-être est également important. Il doit être avenant, attentif aux attentes du patient, et pratiquer une écoute active.

La confiance ressentie à l'égard du médecin facilite la relation de soin et incite le patient à se confier plus facilement. Si le médecin apprend à connaître son patient cela se passera au mieux.

## DISCUSSION

### I. Limites et points forts de la méthode

Au cours des entretiens, j'ai pu involontairement influencer certaines réponses. Mes grilles d'entretien m'ont permis de réduire ce biais, en constituant un fil conducteur avec des questions ouvertes et des relances objectives. Cela a contribué à améliorer la validité interne de mon étude. J'ai choisi de ne pas solliciter les personnes interrogées pour recueillir leurs commentaires sur l'analyse de leurs entretiens, préférant garder leur premier ressenti. Les résultats de cette analyse ont cependant été confrontés aux données de la littérature.

Je me suis entretenue avec deux médecins et trois de leurs patients. J'ai parfois relevé une forme d'inhibition dans les réponses de certains patients, probablement induite par la crainte que leurs propos ne soient interprétés comme une critique à l'encontre de leur médecin respectif. Cela peut être considéré comme un autre biais dans le cadre de mon étude.

L'intervention de tiers dans deux de mes entretiens a constitué une autre source évidente de biais (biais de soumission, etc.). Je n'ai pas pris en compte ces interventions dans mon analyse, cependant elles ont été retranscrites dans les verbatims pour faciliter la compréhension des entretiens.

Un biais d'interprétation est toujours à prendre en compte dans le cadre d'une étude qualitative. Afin de diminuer ma part de subjectivité, une triangulation (décrite dans la partie Matériels et Méthode) a été réalisée tout au long de mon étude.

Un biais de recrutement est présent. J'ai choisi de réaliser un échantillonnage théorique afin de coller au mieux au contexte de mon sujet. Cet échantillon est bien entendu non représentatif de la population générale. Cela reste une analyse de cas.

Enfin, et en vue de mieux comprendre la façon de réaliser une thèse qualitative, j'ai pu assister à deux formations à la faculté de Lille, étant novice en tant que chercheuse. Enfin, j'ai pris en compte les critères *Consolidated criteria for REporting Qualitative research* (COREQ) afin de consolider l'élaboration de ma thèse et d'en améliorer la validité interne et externe (Annexe 3).

## **II. Le motif des visites : le pourquoi**

Le vieillissement de la population en France amène à s'interroger sur les modalités d'exercice de la médecine. À cette réalité démographique s'ajoute la préoccupation de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. Comme le dit Hesbeen, le nombre de personnes en perte d'autonomie restant à leur domicile s'accroît (6). Dans ce contexte et afin d'éviter le placement en institution, les soignants se doivent d'adapter leur pratique en tenant compte de la nécessité de respecter au mieux la dignité des patients. Cette préoccupation s'inscrit également dans un contexte légal. La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement promeut le maintien à domicile des personnes âgées dans un souci de « bien vieillir », notamment par la majoration des aides accordées (APA) pour le maintien à domicile des personnes de plus de 60 ans et en perte d'autonomie (10).

Au cours des entretiens, les deux médecins ont présenté les visites à domicile comme une dimension légitime de leur rôle de soignant. D'un autre côté, la réalisation des visites est vécue comme une contrainte, principalement en raison du temps consacré aux déplacements. Pour ne pas se laisser déborder, les médecins s'efforcent de restreindre le nombre des visites en écartant les motifs injustifiés, ce qui peut s'avérer délicat. Les critères AcBUS mis en place depuis 2007 (cf. Annexe 5) ont permis de faciliter la prise de décision des médecins en établissant une liste de critères objectifs justifiant la réalisation des visites à domicile (53). Le docteur C y fait référence dans son entretien. Les profils des patients visités à domicile par les deux soignants (incapacité de se déplacer par atteinte ostéoarticulaire, cardiovasculaire ou neurologique) entrent dans le cadre des critères AcBUS.

Le respect de la dignité des patients nécessite que les actes des médecins s'inscrivent dans la reconnaissance d'autrui. Comme Swinne l'a évoqué, cette reconnaissance doit s'accompagner du dépistage et de la prévention des fragilités du soigné. La prise en charge adaptée qui en découle doit permettre de réduire certaines de ces fragilités et dès lors permettre aux soignés d'être moins vulnérables (6). Plusieurs outils de mesure peuvent s'avérer utiles dans le cadre de cette démarche, notamment les cinq indicateurs physiques de Fried (2001) ou encore le système multidimensionnel de Rockwood (2005), beaucoup plus complet mais difficile à mettre en œuvre avec ses 70 critères (54). Le système de mesure de Studenski (2004) représente un bon compromis en définissant une liste de 39 critères tenant compte des fragilités intrinsèques et extrinsèques du soigné. Au cours de mes entretiens, j'ai pu constater que les deux médecins prenaient en considération la part de vulnérabilité de leurs patients et se

plaçaient dans une « philosophie d'aide ». Cette sollicitude est au cœur de leur démarche lorsqu'ils se déplacent en vue de prévenir d'éventuelles chutes.

Le serment d'Hippocrate (20) identifie le respect de la dignité des patients, *a fortiori* de ceux en situation de vulnérabilité, comme l'une des composantes de la responsabilité du médecin. Cette préoccupation se retrouve dans le cadre des lois de bioéthiques avec la loi Léonetti (23). Elle s'est exprimée clairement lors de mes entretiens. Le respect de la dignité des soignés est assuré dans la mesure où les visites des médecins sont un préalable à leur maintien à domicile en raison de la dépendance constatée, qu'elle soit physique ou sociale.

La dignité du patient, telle qu'envisagée dans le contexte des visites à domicile, trouve sa meilleure définition avec le concept relationnel de la dignité de Fiat (17). En effet, la reconnaissance accordée par le médecin à la dignité du patient constitue une condition de son existence même. Le médecin s'efforce au travers de ses actes de prendre en compte la part de fragilité et de vulnérabilité du patient afin de préserver sa dignité.

### **III. Le déroulement du soin**

Comme Michel Dupuis a pu l'évoquer, il importe que le soignant adopte, en complément de son savoir-faire, un savoir-être adéquat dans le soin afin d'accompagner au mieux les soignés dans la dignité (6). En d'autres termes, la relation de soin ne doit pas être réduite à sa dimension technique de prise en charge médicale mais doit plutôt prendre la forme d'un accompagnement global visant à placer le soigné au cœur de la relation (55)(56). Dès lors, il importe de tenir compte du rapport au savoir de chaque patient ainsi que de ses apprentissages au cours de sa vie (27,28,57,58). Cette démarche n'est pas entièrement nouvelle et trouve même en quelque sorte ses racines dans les origines de la médecine. Selon Hippocrate, le médecin a pour rôle d'« accompagner toujours, soulager souvent, guérir parfois » (38).

En premier lieu, le médecin doit faire preuve du savoir-faire adéquat afin de répondre aux attentes et besoins de chaque patient. Selon les cas, le médecin peut pencher pour un exercice orienté vers le *cure* (i.e. avoir des gestes visant une guérison) ou être plutôt dans le *care* (i.e. avoir des gestes visant un soulagement) (33,59). Cette seconde dimension du soin est particulièrement attendue chez les patients en situation de vulnérabilité, à la recherche d'une aide afin de conserver une certaine forme d'indépendance et de vivre dignement (50). Ainsi, les patients interviewés attendent de leur médecin qu'il soit consciencieux, sérieux dans leur soin afin de les accompagner (*care*) et si possible de les guérir (*cure*). Le docteur D, selon ses propres

dières, exerce son métier de façon « pragmatique » et en ce sens, prend cette attente en considération. Selon le CNRTL, pragmatique signifie « Qui est plus soucieux de l'action, de la réussite de l'action que de considérations théoriques ou idéologiques » (60).

Dans toute relation sociale, le contexte est à prendre en compte. Ici la relation de soin attribue un rôle bien distinct à chacun. Le soignant doit prendre son rôle d'acteur de soin à cœur et adapter son comportement en fonction des attentes de chaque soigné. Dans le cadre de mon étude, les soignants adaptent leur comportement au besoin des soignés qui sont en demande d'un savoir-faire optimal. Des rites d'interaction peuvent être mis en place afin de structurer cette relation (36). Toujours dans le cadre de mon étude, la réalisation de l'examen physique a été plusieurs fois évoquée par les soignés comme un moment clé dans le déroulement de la visite, rassurant par sa dimension routinière.

Le patient doit être pris en considération dans sa globalité. Pour cela, le soignant ne doit plus être uniquement un « bon technicien » mais doit aussi faire preuve d'un savoir-être adapté. Canguilhem définit le soin en ces termes : c'est « un art entre savoir-faire et manière de vivre » (61). On peut citer différentes approches dans la relation de soin qui placent le savoir-être au cœur de la relation telles que l'approche centrée sur le patient de Balint ou encore celle de relation d'aide de Carl Rogers (39). Elles permettent de rétablir un certain équilibre dans la relation de soin qui est asymétrique par nature, d'autant plus lorsque le patient est en situation de fragilité ou de vulnérabilité. Afin d'être dans ce *prendre soin*, il est important que le soignant montre de l'empathie, de la disponibilité et une certaine délicatesse (37,40). Au cours de mes entretiens, le savoir-être du docteur D se manifeste par sa disponibilité d'écoute, qui selon lui permet d'avoir une meilleure compréhension des ressentis, attentes et besoins de ses patients. Les soignés interrogés au cours de mon étude apprécient cette disponibilité d'écoute, qui les rassure. Cette disponibilité des soignants, sous la forme d'une écoute active, contribue au respect de la dignité des soignés.

Pour Bachelard, « le moi s'éveille par la grâce du toi ». Dans une relation de soin, la rencontre entre soignant et soigné permet à chacun de se sentir humain devant autrui (61). Être reconnu par autrui permet de voir (au sens propre) sa dignité respectée. La rencontre dans la relation de soin est donc un temps important à ne pas négliger (61). Pour Levinas, le visage d'autrui est le premier lien pour entrer en contact avec lui. Le regard porté par le soignant sur le soigné, sa manière de l'aborder, sont autant de facteurs contribuant à améliorer la relation de soin (43). Dans le cadre de mon étude, j'ai pu observer que les soignés attendaient de leur

médecin une attitude bienveillante, chaleureuse, empreinte de sensibilité. Cela représentait l'une des conditions de leur confiance envers leur médecin.

La relation de soin peut se concevoir comme une relation partenariale dans laquelle le patient participe à la prise de décision, si toutefois il le désire (37,38,62). Le médecin doit respecter le choix et le droit du patient d'être informé, notamment dans la mesure où cette information représente la condition *sine qua non* de son consentement éclairé (38,62). Le serment d'Hippocrate y fait référence : tout médecin doit agir pour le bien d'autrui en fonction de sa volonté (20). Il est à noter qu'au cours de mon étude, la volonté d'être informé n'a étonnamment été exprimée que par un seul soigné.

#### **IV. La relation de soin**

Dans le domaine médical, le médecin a une part de responsabilité envers autrui. Il doit, de ce fait, respecter la personne dans sa globalité ainsi que sa dignité intrinsèque du fait de son humanité. Comme nous le rappelle le code de la santé publique, les médecins sont au service de l'individu ainsi que de sa santé. Ils ont un rôle moral dans le maintien d'un bien-être pour chaque patient (21). Ce contrat moral envers autrui est apparu au Moyen-Age. Afin que la dignité de chaque personne soit respectée, chacun doit agir en fonction d'autrui et parfois limiter certaines de ses libertés (16). Dans le cadre de l'étude, le docteur C se décrit comme « maternelle » envers ses patients. Cette image porte une forte charge symbolique. Tout comme une mère se montre soucieuse du bien-être de ses enfants et encline à consentir pour eux des sacrifices, le docteur C porte une attention particulière à ses patients vulnérables et agit dans la sollicitude. Cette sollicitude se retrouve dans l'effort consenti par le docteur C lors des déplacements, effort contribuant au maintien à domicile de ses patients. Dans le cadre de l'étude, les patients se sont montrés sensibles à cette démarche.

De nos jours et comme le rappelle Swinne, le soigné s'attend à être pris en considération et à avoir une part active dans son soin (6). La dignité du patient est ici préservée en fonction des actes et conduites de chacun comme a pu le définir Pic de la Mirandole (16). Pour permettre au patient dépendant de vivre dignement, le médecin ne doit pas faire à sa place mais plutôt l'accompagner dans le soin. Cela permet d'être dans la bienveillance et de respecter sa dignité (50). Au cours des entretiens, les soignés ont souvent fait part de leur volonté d'être associés à la prise de décision. La relation de soin est alors décrite suivant un modèle délibératif, où le pouvoir est plus équitablement réparti dans le soin. À l'inverse, un soigné s'est montré plus

passif, décrivant une relation de soin suivant un modèle paternaliste. En tout état de cause, il n'est pas question d'imposer tel ou tel modèle de relation au soigné mais simplement de respecter ses choix dans la pratique du soin (63).

De nos jours, la relation de soin tend à prendre la forme d'un partenariat (38). Cela permet d'éviter que le médecin prenne le pouvoir dans le soin comme l'expliquait Hesbeen (6). Ce partenariat contribue à l'instauration d'un certain équilibre dans une relation qui, par essence, est asymétrique. Pour cela, chaque protagoniste doit prendre en considération la part d'humanité d'autrui. Cela permet de respecter la dignité d'autrui en passant par une reconnaissance réciproque comme peut l'évoquer Hegel (32). Cette notion de reconnaissance réciproque est retrouvée lorsque le docteur C évoque le contrat de soin passé avec chacun de ses patients. Un contrat signifie selon le CNRTL : « Accord de volonté entre deux ou plusieurs personnes et faisant naître des obligations entre elles », cela montre bien que chacun est responsable de la dignité d'autrui mais pour cela ses propres libertés peuvent en être diminuées (64).

Comme nous le rappelle le serment d'Hippocrate, la relation de soin s'inscrit dans la rencontre d'une conscience avec une confiance : « Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences » (20,40). La confiance constitue l'un des piliers du soin. Pour autant, elle n'est pas innée et le médecin doit s'en montrer digne. Le patient place sa confiance dans son médecin car il est assuré que ses actes n'iront pas à l'encontre de sa dignité. Ajoutons que la confiance n'est pas un état statique : elle peut s'accroître avec la fréquence des rencontres, si le savoir-faire du médecin est reconnu et peut au contraire diminuer (61). Conscient de son importance et en même temps de sa fragilité, le médecin se doit de rechercher constamment cet état de confiance. Cela importe tout particulièrement dans le cadre des visites à domicile où le médecin se trouve en prise directe avec l'intimité du patient. Au cours de mes entretiens, la notion de confiance a été spontanément évoquée et décrite comme un facteur essentiel au bon déroulement de la relation de soin, à la fois par les soignants et les soignés. Les ressorts de cette confiance n'ont pas été très clairement exprimés. Elle s'instaure de façon instinctive en fonction du savoir-faire mais aussi du savoir-être du médecin. Les soignés l'associent à une certaine proximité avec leur médecin, décrit comme un ami ou un confident. Ils ont toute confiance en leur soin et peuvent ainsi plus facilement se dévoiler sans crainte de jugement ou de divulgation (65)(66).

Heesben explique comment, dans le *prendre soin*, le soignant doit adopter une attitude empreinte de délicatesse afin de respecter au mieux la dignité du soigné (6). Pour De Broca, cette attitude doit procéder d'une forme de « contemplation ». À cet égard, il importe que le soignant prenne en considération le vécu du soigné ainsi que son ressenti, pour lui apporter un soin adapté et non pas figé en fonction de son propre rapport au savoir (61). Au cours des différents entretiens, j'ai relevé à plusieurs reprises l'importance accordée par les soignés à la « gentillesse » des soignants, vécue comme un « plus » dans la relation de soin. Le terme de gentillesse signifie « Qualité, comportement habituel, fait de délicatesse, de prévenance. » (67), cela revient à ces qualités de réserve que l'on demande au soignant afin de préserver la dignité des soignés.

La notion d'empathie, telle que définie dans les travaux de Carl Rogers, occupe une place importante dans le concept de *prendre soin*. L'attitude empathique, et l'écoute active qui en découle, placent le patient au centre de la relation de soin, permettent de gagner plus facilement sa confiance et contribuent *in fine* au respect de sa dignité (42). Au cours des entretiens, le docteur D indique être plus disposé à avoir des gestes empathiques lors des visites en raison de la plus grande vulnérabilité des patients qui en font l'objet mais aussi (surtout ?) en raison du cadre dans lequel se déroule la visite. Au domicile du patient, une partie des barrières physiques porteuses d'une charge symbolique sont levées (le docteur D évoque l'absence de bureau entre lui et son patient) et la proximité avec le soigné s'en trouve accrue. Le docteur D évoque l'inversion des rôles induite dans le cadre des visites à domicile, ce qui tend à démontrer que la nature même de la relation soignant-soigné est affectée : « [...] c'est pas lui qui est invité chez nous mais nous qui nous invitons chez lui. Donc c'est vrai que les, le rapport est pas le même ! ».

## CONCLUSION

Dans le contexte du vieillissement de la population en France et de la volonté partagée de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, il est légitime de s'interroger sur la nature de la relation soignant-soigné au cours des visites à domicile. Il importe notamment de savoir si cet espace de vie, qui n'est pas le cadre habituel du soin, modifie la nature de la relation soignant-soigné, en particulier au regard du respect de la dignité du patient vulnérable.

Notre étude tend à démontrer que les patients attendent d'être pris en considération dans leur propre vécu et au regard de leurs vulnérabilités. Le savoir-faire du soignant est toujours attendu, si possible dans le *cure* et à défaut dans le *care*. Au cours des visites à domicile, les soignés accordent également de l'importance au savoir-être du médecin. En particulier, une attitude empathique facilite la relation de soin en instaurant un climat de confiance.

Au cours de mon étude, les soignés associent le respect de leur dignité à la présence de certaines fondations stables : le savoir-faire adapté, la rencontre bienveillante, le savoir-être dans l'empathie, une forme de délicatesse et enfin l'acquisition d'une confiance. Les soignés attendent d'être pris pleinement en considération par le médecin et souhaitent généralement prendre une part active dans la relation de soin.

Pour les soignants, le respect de toutes ces conditions n'est pas chose aisée. D'une part, si le savoir-faire du médecin procède en grande partie d'un apprentissage académique sanctionné par un diplôme, le savoir-être repose sur des bases moins formelles, plus empiriques. D'autre part, la relation de soin lors des visites à domicile se déroule hors de son cadre habituel ce qui peut représenter un facteur déstabilisant pour le médecin.

À ce stade, il serait présomptueux de fixer définitivement les conditions auxquelles devrait satisfaire le médecin pour garantir le respect de la dignité des patients lors des visites à domicile. Cependant j'ai souhaité conclure en proposant un questionnaire qui pourrait être adressé aux médecins réalisant des visites à domicile afin de recueillir leur avis sur le bien-fondé des conditions identifiées au cours de mon étude (cf. Annexe 6).

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Strumeyer C. La bientraitance en Ehpad, l'affaire de tous - EM Premium. févr 2008;13(69):9.
2. OMS | Faits marquants sur le vieillissement [Internet]. [cité 6 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/ageing/about/facts/fr/>
3. Callu M-F. Droit, soins et personnes âgées - main.pdf. Soins En Gerontol. oct 2013;(103):20-1.
4. Laudy D. Les enjeux éthiques du vieillissement : autonomie, solitude ou sollicitude ? Éthique Publique Rev Int D'éthique Sociétale Gouv [Internet]. 25 nov 2008 [cité 17 nov 2017];(vol. 10, n° 2). Disponible sur: <https://ethiquepublique.revues.org/1432>
5. Salomé J. Relation d'aide et formation à l'entretien. Pas-de-Calais: Presses universitaires du Septentrion; 2003. 242 p. (Communication).
6. Dupuis M, Gueibe R, Hesbeen W, Balmy N, Philippon S, Blanchouin M-B. Soins(s), éthique et vieillissement: du souci de la personne âgée aux enjeux pour la pratique. 2017.
7. Dué M. La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. 2006 [cité 17 nov 2017]; Disponible sur: [http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Duee\\_DonneesSociales\\_2006-2019377666/Duee\\_DonneesSociales\\_2006.pdf](http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Duee_DonneesSociales_2006-2019377666/Duee_DonneesSociales_2006.pdf)
8. Tubiana M. Le vieillissement : aspects médicaux et sociaux. C R Biol. juin 2002;325(6):699-717.
9. OMS | Vieillissement et santé [Internet]. [cité 6 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>
10. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement | Pour les personnes âgées [Internet]. ministère des solidarités et de la santé. 2015 [cité 17 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/la-loi-relative-ladaptation-de-la-societe-au-vieillissement>
11. Visite à domicile par le médecin de famille : état des lieux en Europe et en Suisse - Revue Médicale Suisse [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-537/Visite-a-domicile-par-le-medecin-de-famille-etat-des-lieux-en-Europe-et-en-Suisse>
12. DIGNITÉ : Définition de DIGNITÉ [Internet]. [cité 29 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/dignit%C3%A9>
13. Fabre-Magnan M. La dignité en Droit : un axiome - Cairn.info. 2007;58:1-30.
14. DIGNITÉ : Synonymie de DIGNITÉ [Internet]. [cité 6 août 2017]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/synonymie/dignit%C3%A9>
15. Boni T. La dignité de la personne humaine :. De l'intégrité du corps et de la lutte pour la reconnaissance. Diogène. 2006;215(3):65-76.
16. De Koninck T, Larochelle G, éditeurs. La dignité humaine: philosophie, droit, politique, économie, médecine. Paris: Presses universitaires de France; 2005. 175 p. (Débats philosophiques).

17. Fiat É. *Petit traité de dignité grandeurs et misères des hommes*. Paris: Larousse; 2012.
18. NEXINT. Conseil Constitutionnel [Internet]. 2013 [cité 23 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2013/2013-674-dc/decision-n-2013-674-dc-du-1-aout-2013.137980.html>
19. Déclaration universelle des droits de l'homme - texte LEXILOGOS >> [Internet]. [cité 11 oct 2017]. Disponible sur: [http://www.lexilogos.com/declaration/texte\\_francais.htm](http://www.lexilogos.com/declaration/texte_francais.htm)
20. Serment Médical [Internet]. [cité 22 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.ordre-medecin-nord.org/index.php/accueil-public/serment-medical.html>
21. Article 2 - Respect de la vie et de la dignité de la personne | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 22 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-2-respect-de-la-vie-et-de-la-dignite-de-la-personne-226>
22. Code civil - Article 16 | Legifrance [Internet]. [cité 25 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006419319&dateTexte=&categorieLien=cid>
23. Loi Leonetti version initiale [Internet]. [cité 22 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.ordre-medecin-nord.org/index.php/component/content/article/212.html>
24. Pho G, Tomasella S. *Vivre en relation: s'ouvrir et rencontrer l'autre*. Paris: Eyrolles; 2007.
25. Expressions : rapport - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 15 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rapport/66517/locution?q=rapport#174698>
26. RAPPORT : Définition de RAPPORT. In [cité 15 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/rapport>
27. La notion de rapport au savoir [Internet]. [cité 15 nov 2017]. Disponible sur: [http://pedagopsy.eu/rapport\\_au\\_savoir.html](http://pedagopsy.eu/rapport_au_savoir.html)
28. Charlot B. La question du rapport au savoir : convergences et différences entre deux approches. *Savoirs*. 2006;(10):37-43.
29. SOI : Définition de SOI. In [cité 15 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/soi>
30. AUTRUI : Définition de AUTRUI. In [cité 29 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/autrui>
31. Définition : Altérité. In [cité 16 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Alterite.htm>
32. Tremblay J-M, Denise JODELET, Formes et figures de l'altérité. Margarita Sanchez-Mazas et Laurent Licata, *L'Autre: Regards psychosociaux* [Internet]. texte. 2005 [cité 28 nov 2018]. Disponible sur: [http://classiques.uqac.ca/contemporains/jodelet\\_denise/forme\\_figure\\_alterite/forme\\_figure\\_alterite\\_texte.html](http://classiques.uqac.ca/contemporains/jodelet_denise/forme_figure_alterite/forme_figure_alterite_texte.html)
33. Grimaud D. *ABCdaire d'éthique médicale*. Paris: Ellipses; 2015.

34. Citations de Jean Paul Sartre sur Autrui. In: Citation Célèbre [Internet]. [cité 29 mai 2018]. Disponible sur: <http://citation-celebre.leparisien.fr/auteur/jean-paul-sartre?theme=autrui>
35. RELATION : Définition de RELATION. In [cité 17 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/relation>
36. FISCHER G-N. Le concept de relation en psychologie sociale. Rech Soins Infirm. mars 1999;(56):4-11.
37. Vannotti M. L 'empathie dans la relation médecin – patient, Abstract. Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 2002;no 29(2):213-37.
38. De La Tribonnière X. pratiquer l'éducation thérapeutique: chapitre 4 être en relation avec le patient [Internet]. elsiever masson; 2016 [cité 5 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.blog-elsevier-masson.fr/2016/06/etre-relation-patient/>
39. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature, Summary. Santé Publique. 2007;19(5):413-25.
40. Fragu P. La relation médecin-patient. janv 2004;1(1):26-31.
41. Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités. Rech Soins Infirm. 2007;N° 89(2):33-42.
42. Simon E. Processus de conceptualisation d'« empathie ». Rech Soins Infirm. 2009;N° 98(3):28-31.
43. Zielinski A. La vulnérabilité dans la relation de soin. Cah Philos. 2011;n° 125(2):89-106.
44. Châtel T. Éthique du « prendre soin » : sollicitude, care, accompagnement. In: Traité de bioéthique [Internet]. ERES; 2010 [cité 13 avr 2019]. p. 84. Disponible sur: <http://www.cairn.info/traité-de-bioethique-1--9782749213057-page-84.htm>
45. CONFIANCE : Définition de CONFIANCE [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/academie9/confiance>
46. BIENFAISANCE : Définition de BIENFAISANCE [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/bienfaisance>
47. BIENVEILLANCE : Définition de BIENVEILLANCE [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/bienveillance>
48. ANESM. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles: la bientraitance définition et repères pour la mise en oeuvre [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/bientraitance.pdf>
49. Haute Autorité de Santé - Bientraitance [Internet]. [cité 14 avr 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1313787/fr/bientraitance](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1313787/fr/bientraitance)
50. Moulias R, Moulias S, Busby F. Edito. La « bientraitance » : qu'est-ce que c'est ? Gerontol Soc. 20 sept 2010;33 / n° 133(2):10-21.
51. AUTONOMIE : Définition de AUTONOMIE [Internet]. [cité 14 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/autonomie>
52. DÉLICATESSE : Définition de DÉLICATESSE [Internet]. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/d%C3%A9licatesse>

53. Assurance Maladie. Memo visite à domicile : quels critères de prise en charge ? [Internet]. [cité 20 avr 2019]. Disponible sur:  
[https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Memo\\_Visite\\_A\\_Domicile.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Memo_Visite_A_Domicile.pdf)
54. La notion de fragilité des personnes âgées : apports, limites et enjeux d'une démarche préventive - Cairn.info [Internet]. [cité 13 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2012-1-page-174.htm>
55. Weber J-C. Prendre soin de sa technè. Coq-Héron. 9 nov 2011;(206):33-47.
56. Lagrée J. Le médecin, le malade et le philosophe. Rennes: PU RENNES; 2017.
57. Messaadi N. Les effets pluriels de l'annonce d'une maladie chronique. Médecine. nov 2018;14(9):407-11.
58. Messaadi N. Information numérique et gestion de la maladie. Sante Publique (Bucur). 22 avr 2016;Vol. 28(1):77-82.
59. Lefebvre des Noettes V, Le Bivic C. Peut-on se former à la dignité ? NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. déc 2013;13(78):331-6.
60. PRAGMATIQUE : Définition de PRAGMATIQUE [Internet]. [cité 20 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/pragmatique>
61. Broca A de. Le soin est une éthique: les enjeux du consentement ou du refus de soins et de l'obstination déraisonnable. Paris: Arslan; 2014.
62. Pierron J-P. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins, A new patient ? The changes of relationship between the doctor and his patient. Sci Soc Santé. 2007;25(2):43-66.
63. Boula J-G. De la dignité humaine dans les soins. Perspect Soignante. 2007;(28):86-101.
64. CONTRAT : Définition de CONTRAT [Internet]. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur:  
<https://www.cnrtl.fr/definition/contrat>
65. AMI : Définition de AMI [Internet]. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur:  
<https://www.cnrtl.fr/definition/AMI>
66. CONFIDENTE : Définition de CONFIDENTE [Internet]. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur:  
<https://www.cnrtl.fr/definition/confidente>
67. GENTILLESSE : Définition de GENTILLESSE [Internet]. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur:  
<https://www.cnrtl.fr/definition/gentillesse>

MILLE Chloé

## **ANNEXES**

### **ANNEXE 1 : Présentation**

Bonjour,

Merci de me recevoir, je suis interne en médecine générale sur Lille 2 et j'effectue mon travail de thèse sur la relation médecin patient au cours des visites à domicile.

Je recueille donc l'avis et l'expérience de plusieurs patients et de leur médecin.

Pour cela, j'ai un guide d'entretien avec une liste de questions, mais cela reste une aide pour le bon déroulement de celui-ci. Il faut que vous vous sentiez libre de donner les réponses que vous voulez...

Aucune compétence particulière n'est requise, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse car ce qui m'intéresse c'est votre expérience.

Si vous êtes d'accord et pour des raisons pratiques afin d'étudier les données que je vais recueillir, notre conversation va être enregistrée. Tout cela restera bien entendu totalement anonyme et les enregistrements seront détruits après analyse. Si vous le souhaitez, je vous ferai parvenir ma thèse en version pdf ou papier.

Nous allons donc pouvoir démarrer l'entretien si cela vous convient toujours.

ANNEXE 2 : Grilles d'entretien initiales

**Pour le soignant :**

1. Qu'est-ce qui vous amène à faire des visites à domicile ?

Le commencement des visites à domicile peut être choisi par un seul ou deux des protagonistes pour diverses raisons : nécessité, facilité, continuité de soin, requête, isolement...

2. Avant chacune de vos visites à domicile, que faites-vous ?

Il faut que je recherche au cours de mes entretiens si le soignant prépare d'une façon ou d'une autre ses visites afin de répondre au mieux aux attentes du soigné.

Il faut également que je tente de connaître son ressenti avant celle-ci pour mieux comprendre la relation qui va en découler (appréhension, peur...).

3. Pouvez-vous me décrire ce que vous faites dès votre arrivée au domicile du patient ?

Dès son arrivée, je dois comprendre comment débute le soin et si le soignant respecte la sphère intime du soigné : distance nécessaire, respect de son rythme ...

4. Quelles seraient pour vous, les conditions indispensables pour que la relation avec vos patients se déroule au mieux à domicile ?

Cette question me permettra de trouver comment cette relation doit se dérouler pour que la dignité du soigné soit respectée. Par exemple, je veux savoir si pour le soignant, il est primordial que le soigné soit acteur ou non de son soin...

Ou si pour le soignant, il est important d'être dans l'écoute compréhensive, la bienveillance, dans la reconnaissance réciproque.

5. Dans cet espace de vie, comment se déroule votre soin de manière générale ?

Cette question me permettra d'étudier le savoir être et le savoir-faire du soignant dans cette relation de soin.

6. Qu'appréciez-vous ou non dans cette relation à domicile ?

Je vais chercher ce que ce nouvel espace de soin apporte au soignant : entrer dans la sphère intime du soigné, plus ou moins de barrières, manière d'être différente ou non.

7. Avant de partir, que faites-vous ?

Je pourrai voir s'il y a des rituels établis en fin de consultation.

Si le soignant apporte des informations claires et précises afin d'avoir un consentement éclairé du soigné.

8. Pour conclure, comment qualifierez-vous cette relation de manière générale ?

Cette dernière question me permettra de savoir si cette relation de soin plaît ou non au soignant. La relation pourra être décrite de différentes façons en fonction du ressenti exprimé par le soignant.

**Pour le soigné :**

1. Qu'est-ce qui vous a amené à devoir passer aux visites à domicile ?

Cette question me permettra de voir si le soigné est acteur de son soin et s'il a consenti à ce changement de soins. De plus, je verrai si le soignant a pris en considération les vulnérabilités ou fragilités (perte d'autonomie).

2. Qu'attendez-vous de la part de votre médecin lors de ces visites ?

Je dois comprendre les attentes du soigné et si celles-ci sont respectées tant sur le plan médical, psychologique que social.

3. Dès que le médecin arrive, que faites-vous ?

Je dois rechercher si certains rituels sont essentiels au soigné afin d'être en confiance dans cette relation de soin.

4. Qu'appréciez-vous dans cette relation qui se déroule chez vous ?

Cela va me permettre de mieux comprendre les attentes du soigné dans cette relation de soin comme par exemple une disponibilité du soignant avec moins de barrières.

Cela va aussi me permettre de rechercher si le comportement du soignant a une importance dans cette relation de soin tels que la présence d'une attitude empreinte de sollicitude, de sensibilité...

5. A l'inverse, y a-t-il des limites que le médecin ne doit pas dépasser pour vous au cours de cette visite ?

Cette question va me permettre de savoir si cette relation de soin dans l'espace de vie du soigné permet de respecter sa dignité.

Cela me permettra de voir ce que le soigné tolère ou non dans ce nouvel espace de soin au niveau des conduites et actions du soignant.

6. Idéalement, comment souhaiteriez-vous que le soin se déroule chez vous ?

Cela me permettra de comprendre si pour le soigné, le savoir être prime avant le savoir-faire du médecin.

7. Quand le médecin part, que faites-vous ?

Cela me permettra de chercher si des rituels de sortie sont essentiels pour le soigné (e.g. prise de rendez-vous).

8. Pour conclure, comment qualifierez-vous cette relation à domicile de façon globale ?

Cette dernière question me permettra d'avoir le point de vue du soigné sur sa relation de soin au cours des visites à domicile (prise en considération de sa dignité).

ANNEXE 3 : Grilles d'entretien finales

**Pour le soignant :**

Pouvez-vous vous présenter ?

Si non renseigné demander son âge, profession et entourage (enfants et conjoints)

1. Qu'est-ce qui vous amène à faire des visites à domicile ?
  - a. Raisons de voir un soigné toujours à son domicile ?
  - b. Décision prise par qui ?
  - c. De prime abord, que pensez-vous des visites à domicile ?

Le commencement des visites à domicile peut être choisi par les deux ou un seul des protagonistes pour diverses raisons : nécessité, facilité, continuité de soin, requête, isolement.

2. Avant chacune de vos visites à domicile, que faites-vous ?
  - a. Temps de préparation avant ?
  - b. Appréhension ou pas ?

Il faut que je recherche au cours de mes entretiens si le soignant prépare d'une façon ou d'une autre ces visites afin de répondre au mieux aux attentes du soigné.

Il faut également que je tente de connaître son ressenti avant celle-ci pour mieux comprendre la relation qui va en découler (appréhension, peur...).

3. Pouvez-vous me décrire ce que vous faites dès votre arrivée au domicile du patient ?
  - a. Regard sur espace de vie du soigné ?

Dès son arrivée, je dois comprendre comment débute le soin et si le soignant respecte la sphère intime du soigné : distance nécessaire, respect du rythme du soigné, observation sur l'environnement ...

4. Quelles seraient pour vous, les conditions indispensables pour que la relation avec vos patients se déroule au mieux à domicile ?
  - a. Préparation des soignés ?
  - b. Visites qui vous ont posées problème ?

Cette question me permettra de trouver comment cette relation doit se dérouler pour que la dignité du soigné soit respectée. Par exemple, je vais savoir si pour le soignant, il est primordial que le soigné soit acteur de son soin ou non.

Ou si pour le soignant, il est important d'être dans l'écoute compréhensive, la bienveillance, dans la reconnaissance réciproque.

5. Dans cet espace de vie, comment se déroule votre soin de manière générale ?
  - a. Temps de l'examen physique ?

Cette question me permettra d'étudier le savoir être et le savoir-faire du soignant dans cette relation de soin.

6. Qu'appréciez-vous ou non dans cette relation à domicile ?

Je vais chercher ce que ce nouvel espace de soin apporte au soignant : entrer dans la sphère intime du soigné, plus ou moins de barrières, manière d'être différente ou non.

7. Avant de partir, que faites-vous ?
  - a. Reprendre un autre rdv ?

Je pourrai voir s'il y a des rituels établis en fin de consultation ou non. Si le soignant s'assure d'avoir le consentement éclairé de son soigné sur sa prise en charge.

8. Pour conclure, comment qualifierez-vous cette relation de manière générale ?

Cette dernière question me permettra de savoir si cette relation de soin plaît ou non au soignant. La relation pourra être décrite de différentes façons en fonction du ressenti exprimé par le soignant.

### **Pour le soigné**

Pouvez-vous vous présenter ?

Si non renseigné demander son âge, profession et entourage (enfants et conjoints)

1. Qu'est-ce qui vous a amené à devoir passer aux visites à domicile ?
  - a. Connaissances d'autres personnes suivies à domicile par leur médecin ?

Cette question me permettra de voir si le soigné est acteur de son soin et s'il a consenti à ce changement de soins. De plus, je verrai si le soignant a pris en considération les vulnérabilités ou fragilités (perte d'autonomie).

2. Qu'attendez-vous de la part de votre médecin lors de ces visites ?
  - a. Différences entre les consultations au cabinet et les visites à domicile ?

Je dois comprendre les attentes du soigné et si celles-ci sont respectées tant sur le plan médical, psychologique que social.

3. Dès que le médecin arrive, que faites-vous ?
  - a. Préparez-vous certaines choses avant son arrivée ?

Je dois rechercher si certains rituels sont essentiels au soigné afin d'être en confiance dans cette relation de soin.

4. Qu'appréciez-vous dans cette relation qui se déroule chez vous ?
  - a. Comment se déroule-t-elle ?
  - b. Et où ?

Cela va me permettre de mieux comprendre les attentes du soigné dans cette relation de soin comme par exemple une disponibilité du soignant avec moins de barrières.

Cela va aussi me permettre de rechercher si le comportement du soignant a une importance dans cette relation de soin tels qu'une attitude empreinte de sollicitude, de sensibilité...

5. Y a-t-il des limites que le médecin ne doit pas dépasser pour vous au cours de cette visite ?
  - a. Avec d'autres médecins est-ce différent ? (Remplaçants, ancien médecin) voire avec les paramédicaux

Cette question va me permettre de savoir si cette relation de soin dans l'espace de vie du soigné permet de respecter sa dignité.

Cela me permettra de voir ce que le soigné tolère ou non dans ce nouvel espace de soin au niveau des conduites et actions du soignant.

6. Idéalement, comment souhaiteriez-vous que l'examen se déroule chez vous ?

Cela me permettra de comprendre si pour le soigné, le savoir être prime avant le savoir-faire du médecin.

7. Quand le médecin part, que faites-vous ?

- a. L'attente dérange ou non à domicile, pourquoi ?

Cela me permettra de chercher si des rituels de sortie sont essentiels pour le soigné à la fin du soin (e.g. prise de rendez-vous).

8. Pour conclure, comment qualifierez-vous cette relation à domicile de façon globale ?

Cette dernière question me permettra de savoir si la dignité du soigné est respectée de son point de vue au cours de cette relation de soin.

**Tableau I** - Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche
<b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?

Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu

Sélection des participants

- |     |                         |   |
|-----|-------------------------|---|
| 10. | Échantillonnage         | Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige |
| 11. | Prise de contact        | Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel                                     |
| 12. | Taille de l'échantillon | Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?   |
| 13. | Non-participation       | Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?  |

Contexte

- |     |                                 |   |
|-----|---------------------------------|---|
| 14. | Cadre de la collecte de données | Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail                |
| 15. | Présence de non-participants    | Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?                         |
| 16. | Description de l'échantillon    | Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date |

Recueil des données

- |     |                             |  |
|-----|-----------------------------|--|
| 17. | Guide d'entretien           | Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?  |
| 18. | Entretiens répétés          | Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?   |
| 19. | Enregistrement audio/visuel | Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?  |
| 20. | Cahier de terrain           | Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? |
| 21. | Durée                       | Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?                                 |
| 22. | Seuil de saturation         | Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?  |

23. Retour des retranscriptions Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?

**Domaine 3 : Analyse et résultats**

Analyse des données

24. Nombre de personnes codant les données Combien de personnes ont codé les données ?
25. Description de l'arbre de codage Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26. Détermination des thèmes Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27. Logiciel Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28. Vérification par les participants Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?

Rédaction

29. Citations présentées Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant
30. Cohérence des données et des résultats Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31. Clarté des thèmes principaux Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32. Clarté des thèmes secondaires Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

## mémovisite à domicile

2007

### QUELS CRITÈRES DE PRISE EN CHARGE ?

*La visite au domicile de vos patients est réservée à ceux étant dans l'incapacité de se déplacer... Voici les principaux critères qui justifient une visite à domicile\* :*

#### 1. Critères cliniques :

- Incapacité concernant la locomotion :
  - par atteinte ostéo-articulaire ou neurologique,
  - en raison d'une affection cardio-vasculaire ou respiratoire chronique grave,
  - en cas de soins palliatifs ou d'état grabataire,
- Période post opératoire immédiate contre-indiquant le déplacement,
- Dépendance psychique avec incapacité de communication,
- Démences ou état sénile.

#### 2. Critères médico-administratifs :

- Exonération du ticket modérateur pour les ALD suivantes : AVC invalidant, forme grave d'une affection neuro-musculaire, maladie de Parkinson, mucoviscidose, paraplégie, sclérose en plaques,
- Etre bénéficiaire de l'allocation tierce personne ou titulaire de l'allocation personnalisée d'autonomie,
- Hospitalisation à domicile.

#### 3. Sociaux et environnementaux :

- Age des patients (plus de 80 ans),
- Composition de la famille, si elle influe sur la capacité à se déplacer au cabinet,
- Problèmes dans les zones géographiques d'accès aux soins difficile.

### Conseils pratiques

*Même si elle vous semble injustifiée, il n'est pas toujours facile de refuser une visite au domicile de l'un de vos patients... Voilà comment certains de vos confrères argumentent\*\* :*

- En proposant à leur patient de venir au cabinet accompagné par un proche (famille, voisin...),
- En valorisant les avantages médicaux d'une consultation réalisée au sein du cabinet,
- En rappelant à leur patient qu'en cas de déplacement non justifié, une majoration de 10 €, non remboursée par la caisse d'Assurance Maladie lui sera demandée...

Juin 2007 - SG/CM/Dirig 1

\* Acbus relatif à la bonne utilisation de la visite à domicile (paru au JO du 30 août 2002)  
\*\* Selon une étude menée en mars 2007 auprès de 57 médecins libéraux d'Ile-de-France

ANNEXE 6 : Questionnaire

Questionnaire : Conditions pour respecter la dignité des patients au cours des visites à domicile



Le motif de la visite :

- Il faut prendre en considération la part de vulnérabilité de ses patients lors des demandes de visites (risque de chute, distance trop longue domicile-cabinet...)

Tout à fait d'accord  D'accord  Pas d'accord  Pas du tout d'accord

*(Le patient présentant des vulnérabilités peut être plus facilement blessé. La prise en compte de ces vulnérabilités contribue au respect de la dignité intrinsèque du patient.)*

- Les personnes âgées dépendantes peuvent être moins stressées à leur domicile qu'au cabinet.

Tout à fait d'accord  D'accord  Pas d'accord  Pas du tout d'accord

*(Le médecin peut se montrer soucieux envers ses patients dépendants et se déplacer au domicile afin d'améliorer la qualité du soin. Cette sollicitude contribue au respect de la dignité intrinsèque du patient.)*



Le déroulement du soin

- Le soin doit être adapté en fonction de la demande du patient : optique de guérison ou d'accompagnement.

Tout à fait d'accord  D'accord  Pas d'accord  Pas du tout d'accord

*(Quand le patient est en capacité d'exprimer son avis, le médecin doit en tenir compte. Cela contribue à l'autonomie du patient et au respect de sa dignité extrinsèque.)*

- Le temps de l'examen physique est important afin de dépister certaines fragilités.

Tout à fait d'accord  D'accord  Pas d'accord  Pas du tout d'accord

*(La dignité extrinsèque du patient est respectée si les actes du médecin vont dans le même sens que ses attentes et ses besoins).*

- Un temps d'écoute peut être nécessaire afin de rassurer le patient et il faut tenter de le respecter.

Tout à fait d'accord  D'accord  Pas d'accord  Pas du tout d'accord

*(La dignité relationnelle (intrinsèque) du patient est plus facilement respectée si le médecin lui accorde un temps d'écoute active.)*

- Il est important de prendre le temps d'informer le patient sur son état de santé s'il le désire et de vérifier sa compréhension.

Tout à fait d'accord  D'accord  Pas d'accord  Pas du tout d'accord

*(Comme on le retrouve dans les lois de bioéthique, il est important que le médecin apporte une information claire loyale et adaptée afin que le patient accorde son consentement éclairé. Cela contribue au respect de sa dignité extrinsèque.)*



### La relation de soin

- Le patient considère qu'il est important de lui laisser la place qu'il désire dans cette relation de soin.

Tout à fait d'accord  D'accord  Pas d'accord  Pas du tout d'accord

*(La dignité extrinsèque de chaque patient est respectée si le médecin lui laisse la liberté d'être acteur de son soin. Cette relation de soin retrouve ainsi un certain équilibre).*

- Le patient apprécie que son médecin cherche à mieux le comprendre afin de lui apporter un meilleur soin.

Tout à fait d'accord  D'accord  Pas d'accord  Pas du tout d'accord

*(Une reconnaissance réciproque permet au médecin de mieux comprendre son patient et ainsi de plus facilement respecter sa dignité intrinsèque.)*

- Avoir la confiance de son patient est primordial dans la relation soignant-soigné.

Tout à fait d'accord  D'accord  Pas d'accord  Pas du tout d'accord

*(Le médecin doit rechercher la confiance du patient en adoptant une attitude de non-jugement et de bienveillance. Cela contribue au respect de la dignité intrinsèque du patient.)*

- Une confiance réciproque permet d'améliorer la relation de soin.

Tout à fait d'accord  D'accord  Pas d'accord  Pas du tout d'accord

*(La confiance accordée par le médecin à son patient favorise la reconnaissance de ce dernier comme acteur de son soin. Fort de cette reconnaissance, et en lui donnant les moyens d'agir en tant que tel, le médecin contribue à respecter la dignité extrinsèque de son patient.)*

Score /10 (tout à fait d'accord : 1 point, d'accord : 0,5 points, pas d'accord : - 0,5 points et pas du tout d'accord : -1 points)

<4/10 : pas de prise en considération de la dignité du patient vulnérable

Entre 5 et 6 /10 : vers une prise en considération du patient vulnérable

>7/10 : prise en considération du patient vulnérable

**AUTEUR : Nom : MILLE**

**Prénom : Chloé**

**Date de Soutenance : 4 juillet 2019**

**Titre de la Thèse : Quand les espaces de vie deviennent des espaces de soin.**

**Thèse - Médecine - Lille 2019**

**Cadre de classement : Médecine Générale**

**DES + spécialité : Médecine Générale**

**Mots-clés : dignité-soin-relation-vulnérabilités-fragilités-autonomie-dépendance-personne âgée**

**Résumé :**

**Contexte :** dans un contexte de vieillissement de la population française, les visites des médecins généralistes ont un rôle important à jouer en faveur du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. La relation soignant-soigné doit être interrogée dans ce contexte afin de rechercher les meilleures conditions de soin pour ce public vulnérable et dans ce nouvel espace de soin qu'est le domicile du patient. Dans ce nouveau cadre, la dignité du patient est-elle bien respectée ?

**Méthode :** il s'agit d'une étude qualitative par analyse de cas avec échantillonnage théorique. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec deux médecins généralistes exerçant en zone urbaine ainsi qu'avec trois de leurs patients respectifs. Les patients inclus étaient vus uniquement à leur domicile et âgés de plus de 60 ans. Ces entretiens ont été enregistrés puis retranscrits sous la forme de verbatims. Une analyse par codage thématique via le logiciel NVivo a été réalisée, avec triangulation des données.

**Résultats :** au cours des entretiens, on constate que le soigné attend du médecin qu'il fasse preuve de sollicitude en acceptant de se déplacer au domicile compte tenu de ses vulnérabilités. Le soigné se montre attentif au savoir-faire du médecin et en particulier à sa rigueur. Le médecin doit aussi faire preuve de savoir-être en adoptant une écoute active et une attitude bienveillante. La plupart des soignés aspirent à prendre une part active dans la relation de soin. La mise en œuvre d'une reconnaissance réciproque, l'attitude empathique du médecin et l'instauration d'une relation de confiance sont autant de facteurs contribuant à améliorer la qualité de la relation de soin.

**Conclusion :** Afin de veiller au respect de la dignité de nos patients dans ce contexte, il importe avant tout de garder à l'esprit que le soigné est le premier acteur de son soin, et partant, d'agir en conséquence en lui donnant les moyens de jouer pleinement ce rôle.

**Composition du Jury :**

**Président : Pr COTTENCIN Olivier**

**Assesseurs : Pr LEFEBVRE Jean-Marc et Dr ZEROULOU Zahia**

**Directeur de thèse : Dr MESSAADI Nassir**