



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année :2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Ressenti et attitude des internes en médecine générale du Nord Pas  
de Calais à la demande de soins de leurs proches ?**

Présentée et soutenue publiquement le 16 mai 2024 à 16h  
au Pôle Formation  
par **Ratib CHRAA**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Docteur François QUERSIN**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Thibaut DESCAMPS**

---

## Abréviations

COREQ: Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

## Contenu

INTRODUCTION .....	4
1. Contexte .....	4
2. Justification de l'étude .....	4
3. Problème qui se pose .....	5
4. Législation et recommandations.....	5
5. Déroulement de la consultation médicale .....	7
6. La particularité de l'interne .....	8
METHODE .....	9
1. Le type de recherche .....	9
2. Les participants .....	9
3. Déroulement de l'entretien .....	9
2. Recueil et retranscription des données.....	10
3. L'analyse des entretiens .....	10
RESULTATS .....	11
1. Les entretiens.....	11
2. Relation solide et entretenue .....	12
3. Responsabilité.....	12
A) Professionnalisme.....	12
B) Devoir et refus.....	13
4. Sollicitations.....	14
A) Motif.....	14
B) Comment ?.....	15
C) Réponse aux sollicitations.....	16
D) Les demandes ressenties imposées .....	17
5. Les tabous de l'interne .....	18
6. Diplomatie .....	20
7. Éducation du proche .....	21
8. Interaction avec les prises en charge en cours .....	22

9. Accès aux soins par le parcours classique .....	24
10. Objectivité et gestion de l'affect .....	24
A) Sur et sous médicalisation.....	25
B) Pression ressentie comme accrue.....	26
11. Modification de la relation malade / médecin.....	27
12. Les désagréments ressentis à la prise en charge d'un proche.....	29
A) Pour l'interne .....	29
B) Pour le proche.....	30
13. L'intérêt ressenti à la prise en charge d'un proche .....	30
A) Pour le proche .....	30
B) Pour l'interne.....	31
C) Intérêt commun.....	31
14. Les particularités de l'interne .....	32
15. Recommandations.....	33
DISCUSSION .....	34
1. Introduction .....	34
2. Résultats principaux et comparaison à la littérature. ....	35
A) Le ressenti de l'interne.....	35
B) Attitude de l'interne.....	39
C) Particularités de l'interne .....	41
3. Limitations .....	43
A) Population .....	43
4. Forces .....	44
5. Conclusion.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

## INTRODUCTION

### 1. Contexte

Comme tout individu, le médecin est confronté aux aléas de son entourage, notamment sur le plan médical, domaine dans lequel il est expert. Les médecins reçoivent dans leur grande majorité des demandes d'avis de la part de leurs proches(1). Cela va du simple rôle d'interprète de vocabulaire savant à l'orientation médicale, en passant par la prestation de soins médicaux et la rédaction de certificat ou d'ordonnance (2), voir plus loin, parmi les 333 médecins généralistes membres de la Société Scientifique de Médecine Générale ayant répondu au sondage du Dr Rase, 60% des praticiens soignent leurs proches à titre de médecin traitant (3).

Et ça n'épargne pas les internes sur 74 internes en médecine interne et en médecine familiale d'un hôpital universitaire américain, 85% d'entre eux auraient prescrits sans supervision des traitements à des patients hors de l'hôpital, envers un proche, une connaissance ou eux-mêmes (4).

Se positionner en tant que soignant pour un proche peut présenter un côté pratique mais peut également être source de malaise voir de conflit interne ou externe pour le soignant. Vouloir éviter cette gêne risque d'impacter la capacité de soigner du médecin, car cela peut l'amener à ne pas être informé d'éléments qui risqueraient de le mettre mal à l'aise lui ou son patient (4).

Les demandes de conseils médicaux commencent pour bon nombre d'entre nous dès le début de notre cursus médical (2) alors même que notre expertise et notre expérience est quasi inexistante et en constante évolution. Les études déjà produites sur les pratiques des médecins concernant les demandes de leurs proches ont pour la plupart été faites sur une population de docteur en exercice, et non sur des internes en formation.

### 2. Justification de l'étude

Qui semble le mieux placé pour s'occuper de notre santé si ce n'est un proche ayant une expertise médicale ? En effet, ce mode de prise en charge peut présenter des points positifs tels que le suivi, la disponibilité du praticien, le cadre informel qui permet une facilité de s'exprimer, ou encore la réassurance que l'on peut avoir en se remettant à une personne familière envers qui on a confiance (4).

Nos proches vont être tentés de nous poser une question qui peut sembler anodine au détour d'un couloir, sans avoir vraiment conscience des enjeux au décours. Nous pouvons également, en tant que soignants, ressentir parfois l'envie de nous impliquer dans la prise en charge médicale de ceux qui nous sont chers. Le soignant peut considérer qu'il est normal de soigner sa famille<sup>1</sup>, par devoir<sup>2</sup> ou par le lien affectif.

Les difficultés dans le vécu de cette situation sont fréquentes car elles concernent 92% des médecins interrogés, avec par ordre de fréquence : le manque d'objectivité, le vécu affectif face à la peur de la maladie grave, l'obligation de réussite, la limite des compétences, l'intrication entre la vie privée et la vie professionnelle, la pudeur physique (5) ou psychologique Dr Cart(6), le retentissement sur les relations avec l'entourage commun, l'opposition aux soignants, l'observance, le secret médical(7).

Au vu des difficultés potentielles on pourrait croire que le positionnement des médecins est déjà tout fait, mais ce n'est pas le cas. Dans son étude Vallerend rapporte que « 56 % des généralistes pensent qu'il ne faut pas soigner ses proches mais 96 % le font quand même »(8). Chez les médecins interrogés par La Puma, 22% ont accepté une requête spécifique alors qu'elle les mettait mal à l'aise(1).

### **3. Problème qui se pose**

Peu importe le patient, les médecins doivent appliquer les principes éthiques de la profession médicale, il s'agit d'un mélange du désir de faire le bien et d'atténuer la souffrance (bienfaisance), d'une intention de minimiser les dommages (non-malfaisance) et du devoir de fournir des soins.

Ce risque de confusion des rôles pose des questions éthiques sur notre pratique. La neutralité du soignant risque d'être mise à mal par le versant émotionnel et donc secondairement influencer sur nos prises de décision.

Mais faut-il pour autant refuser de traiter ses proches ? Le General Medical Council (GMC) du Royaume-Uni conseille qu'il faut, dans la mesure du possible, éviter de prendre soin de soi-même ou de toute autre personne avec qui l'on a une relation personnelle étroite. L'American Medical Association (AMA) déclare qu'« en général, les médecins ne devraient pas se soigner ou soigner les membres de leurs propres familles »(9).

L'AMA cite un possible manque d'objectivité et un échec potentiel à sonder le sujet ou à effectuer des examens intimes, ainsi qu'un sentiment d'obligation à effectuer des soins pour lesquels il n'est pas qualifié. On peut aussi rencontrer des problèmes d'archivage, de confidentialité et de continuité des soins(10).

### **4. Législation et recommandations**

Dans un premier temps, définissons le statut d'interne qui résulte des articles R. 6153-1 et suivants du Code de la Santé Publique (CSP) : l'interne est un « praticien en formation spécialisée, l'interne est un agent public. Il n'est pas titulaire et ne bénéficie donc pas du statut de fonctionnaire. Il consacre la totalité de son temps à sa formation médicale en stage et hors stage. Il exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la

responsabilité du praticien dont il relève. » (11).

Le Serment d'Hippocrate n'évoque pas directement le soin des proches. Selon ce dernier, le médecin se doit d'apporter des soins « à quiconque me le demandera », mais sous réserve de « préserver l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission ». Or, la relation extra médicale est source de manque d'objectivité.

Selon l'article R4127-6 du Code de la Santé Publique (CSP), « le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit » (12,13). Un individu a donc tout à fait le droit de se faire soigner par un proche médecin.

Tout comme dans le serment d'Hippocrate, le CSP reprend la notion de neutralité qui doit être en tout temps respectée par le médecin. Ainsi, l'article R4127-7 du CSP prévoit que « le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes, quelles que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. »(13,14).

Évidemment, en cas d'urgence, la question ne se posera pas. Un médecin ne peut refuser de soigner un patient, quel qu'il soit. Cela est rappelé par l'article R4127-9 du CSP : « tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires » (13,15). En dehors de ces cas d'urgence, le médecin a tout à fait le droit de refuser des soins, pour des raisons professionnelles ou personnelles (article R.4127-47 du CSP)(13,16).

Le Code de la sécurité sociale assure le principe de libre choix du patient et l'indépendance du médecin, pour leur bien commun. Ainsi, selon l'article L162-2 du code de la sécurité sociale (12), « dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade... ».

Ainsi, les différents encadrements éthiques et légaux donnent le libre choix au patient, mais il faut être vigilant face au risque de perte d'objectivité pouvant dénaturer la prise en charge.

J'ai interrogé directement le conseil de l'ordre des médecins du Nord par email pour connaître leur position sur la question des soins aux proches. J'ai reçu un mail en réponse de la part de son président Dr.Platel, qui affirme qu'il n'y a pas de position de l'Ordre, ce d'autant que les médecins retraités qui restent inscrits à l'Ordre et n'exerçant plus conservent tout de même le droit de prescrire aux proches. A titre personnel, Dr.Platel suggérait la plus grande prudence dans ce domaine car « on ne considère jamais ses proches comme un patient lambda ».

On retrouve un avis similaire du Dr. André. Dr. Deseur vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins « Dès lors qu'on reste dans le soin courant, le médecin assure. Ensuite, passer la main à. Un confrère dès que l'appréciation de la situation sort des limites de la banalité, c'est cerner efficacement son objectivité » (17).

## **5. Déroulement de la consultation médicale**

Il est possible de poser une trame à une consultation médicale en médecine générale(18), le début de la consultation passe parfois par un travail préparatoire. Le premier contact consiste en l'accueil du patient, et une fois installé, le patient nous fait part des motifs pour lesquels il consulte. A partir de là, le médecin recueille les informations nécessaires pour poursuivre la prise en charge, à savoir l'étude de l'aspect biomédical et l'étude du contexte dans lequel le patient évolue. Ensuite, le médecin invite le patient à s'installer dans les conditions favorables pour faire un examen physique orienté par les informations déjà recueillies. Toutes les informations récoltées et conservées dans le dossier médical. Elles sont ensuite traduites par le médecin dans un langage intelligible afin que le patient comprenne réellement le traitement proposé et que la prise de décision soit partagée et réalisée en pleine conscience. L'entretien se termine par la planification des prochaines étapes de la prise en charge, le tout dans le respect de la confidentialité et l'autonomie du patient(19,20).

L'ensemble doit être retranscrit dans le dossier médical du patient selon les modalités établies par l'article R1112-2 du code de santé publique(21).

Sur le plan médico-légal, il serait donc judicieux de documenter la rencontre avec une brève note pour nos dossiers personnels, même lorsqu'il s'agit d'un proche. De plus, un examen physique structuré et payant renforce l'établissement d'une relation juridique avec le demandeur en tant que patient.

Plusieurs auteurs ont proposé des préconisations à respecter pour décider si une prise en charge du proche est acceptable.

Ainsi, Dr. LA PUMA(1) proposait sept questions que les médecins devaient se poser face à une demande de soins venant d'un membre de sa famille (ANNEXE 1) en excluant les situations d'urgence ou les problèmes récurrents mineurs qui ne devaient pas affecter l'objectivité du médecin ou soulever de problèmes éthiques. Il proposait ainsi de se poser les questions suivantes :

1. Suis-je formé pour gérer la demande de soins de mon proche ?
2. Suis-je trop proche pour l'interroger sur son histoire personnelle et son état physique, et pour être porteur de mauvaise nouvelle le cas échéant ?
3. Puis-je être suffisamment objectif pour ne pas dispenser trop ou pas assez de soins ou de façon inappropriée ?
4. Est-ce que mon implication médicale est susceptible de provoquer ou d'intensifier des conflits intrafamiliaux ?

5. Mes proches seront-ils plus compliants si les soins sont prodigués par un médecin indépendant ?
6. Vais-je autoriser le médecin à qui j'adresse mes proches à s'occuper d'eux ?
7. Suis-je prêt à rendre des comptes à mes pairs et à la société pour cette prise en charge ?

L'étude de Dr. DAGNICOURT(19) permet de soulever d'autres interrogations qui viennent compléter ce travail initial:

- Est-ce que les soins peuvent modifier mon identité familiale ?
- Les soins peuvent-ils être réalisés dans de bonnes conditions pratiques et techniques ?
- Suis-je prêt à faire face aux critiques de mon proche et du reste de la famille ?
- Est-ce que la relation de soin est susceptible de compromettre mon bien-être personnel ?

Dr. MOSMANN(22)lui, proposait de se demander s'il y avait une autre option envisageable de répondre à la demande de son proche.

Il conviendra alors de se demander si ces recommandations sont suivies, afin de déterminer si la prise en charge du proche est raisonnable.

## **6. La particularité de l'interne**

Dans sa thèse, Dr. DAGNICOURT(19) notait qu'avec l'âge, le médecin gagnait en maturité affective et en assurance, son implication auprès de ses proches malades étant alors modifiée. D'après lui, la nouvelle génération est plus réticente à soigner ses proches.

Dans l'étude de Dr. CORNEC-LASSERRE(23), il existe une prépondérance significative des médecins généralistes plus âgés à soigner leurs proches et à prendre en charge leurs proches pour des pathologies lourdes, chroniques ou psychiatriques(4), ce qui est là aussi en accord avec l'étude du Dr LEFRANC(24).

On remarque que l'expérience est un facteur qui semble modifier l'attitude du médecin, cette même expérience qui fait cruellement défaut à l'interne.

Après réalisation d'une revue bibliographique, aucun travail de recherche n'a étudié spécifiquement le ressenti et l'attitude des internes en médecine générale du Nord-Pas-de-Calais à la demande de soins de leurs proches, motivant la réalisation de cette étude.

L'interne étant un médecin en formation avec peu d'expérience et travaillant sous la responsabilité d'un médecin sénior, cette situation sera-t-elle responsable de particularités propres à son statut ? Son inexpérience aurait-elle un impact sur ses ressentis et secondairement son attitude face à des proches demandeurs de soins ?



L'objectif principal est d'étudier les ressentis des internes en médecine générale du Nord-Pas-de-Calais concernant la demande de soins de leurs proches à l'aide d'une méthode qualitative. Les objectifs secondaires sont de décrire leurs attitudes face aux demandes ainsi que les stratégies utilisées pour répondre aux demandes de soins de leurs proches

## METHODE

### **1. Le type de recherche**

Une étude qualitative est le type d'étude le plus adaptée pour ce travail de recherche. En effet, la recherche qualitative explore les aspects non quantifiables tels que les ressentis, les croyances, les sentiments ainsi que les comportements et expériences personnelles des individus. Ainsi, nous étudierons les phénomènes en fonction des sujets et des interactions entre eux.

### **2. Les participants**

La population étudiée était les internes de médecine générale volontaires du Nord-Pas-de-Calais. Nous avons préféré exclure les internes n'ayant pas débuté ou complété le stage de SASPAS pour que l'on puisse avoir un élément de comparaison supplémentaire, le stage de SASPAS étant un élément charnière de la formation de l'interne en médecine générale.

L'échantillonnage n'a pas été orienté. Il a été constitué à partir de plusieurs sources : s'est fait par téléphone et par mail dans mon entourage professionnel dans un premier temps, puis par effet boule-de-neige. Les participants ont été recrutés en face-à-face ou contactés par mail, par téléphone.

Le nombre d'internes à interroger n'a pas été défini au préalable. La taille de l'échantillon a été déterminée par la saturation de données habituellement entre 10 et 15 entretiens.

### **3. Déroulement de l'entretien**

Les données verbales ont été recueillies par enregistrement audio avec le consentement de l'interne, sous couvert d'anonymat, durant une période qui s'étend du 11 avril au 12 novembre 2023. Les interrogés ont été informés du traitement de leurs données au début des entretiens.

Il s'agissait d'entretiens semi-structurés, réalisés avec l'aide d'un guide d'entretien avec des questions ouvertes sur le thème de l'étude. Ces questions permettaient à l'interrogé d'avoir une liberté de parole tout en permettant de recentrer la conversation si les éléments collectés

divergeaient trop du sujet. Les questions ont été formulées de manière à contenir une seule idée par question et être facilement compréhensibles grâce à un vocabulaire précis. Les internes étaient interrogés sur leurs expériences, leurs sensations, leurs intentions. Le guide d'entretien a été testé à l'aide de deux entretiens préliminaires non pris en compte dans l'étude, puis les questions étaient adaptées en fonction des réponses et idées émergentes pendant les entretiens. Le guide d'entretien initial présenté en annexe a évolué au cours des entretiens, pour être davantage efficace (ANNEXE 2).

Les entretiens ont été réalisés après consentement oral et écrit sur la recherche, affirmant de la confidentialité des données. Les entretiens se sont déroulés de façon individuelle, ce qui permettait d'aborder des sujets plus délicats ou personnels avec les participants que dans les entretiens de groupe. Les entretiens individuels offrent un environnement plus intime et confidentiel, ce qui permet aux participants de se sentir plus à l'aise pour partager leurs expériences et leurs opinions. Les entretiens individuels permettent également aux chercheurs de poser des questions plus spécifiques et de creuser davantage dans les réponses des participants, ce qui peut fournir des informations plus détaillées et plus riches pour l'analyse des résultats. Ils ont eu lieu à mon domicile, ou lorsque cela n'était pas envisageable, par entretien en vidéoconférence.

L'interne interrogé avait à disposition une « trigger card » qui était une sorte de carte joker que l'interne pouvait utiliser lorsqu'un sujet le dérangeait trop. Ainsi, nous passions à autre chose sans justification nécessaire et sans y revenir.

## **2. Recueil et retranscription des données**

Des notes de terrain ont été prises pendant l'entretien individuel afin de retranscrire au mieux le langage non verbal de l'interrogé. Ces entretiens ont été enregistrés au moyen d'un dictaphone puis retranscrits en intégralité sur le logiciel Microsoft Word. L'arrêt des entretiens s'est fait à la saturation des données. Celle-ci a été confirmée par deux entretiens sans apparition de nouvelles idées.

Avant les entretiens, un questionnaire sociodémographique a été envoyé à chaque participant. Ce questionnaire avait pour but de vérifier la variabilité de l'échantillon, de garantir la validité externe de notre étude, mais aussi afin d'avoir d'autres éléments sur lesquels nous pourrions rebondir durant la phase d'analyse des résultats. Les caractéristiques demandées étaient l'âge, le sexe, le nombre d'années d'étude, la validation du SASPAS, la présence d'une activité de remplacement, l'existence d'un médecin dans la famille et le projet professionnel.

## **3. L'analyse des entretiens**

Mon approche est inspirée de la méthode de théorisation ancrée de Glaser and Strauss « The discovery of grounded theory ». Les verbatims ont été analysés sur le logiciel Excel, ils ont été étiquetés puis des propriétés ont été identifiées et regroupées en catégorie. Chaque entretien était relu plusieurs fois pour ne pas omettre d'interpréter des données.<sup>5</sup> entretiens ont été

analysés de manière autonome par un autre investigateur.

La rédaction de l'étude qualitative a été réalisée en suivant autant que possible les critères COREQ(ANNEXE 3).

La saturation des données a été obtenue après 9 entretiens. Pour assurer cette saturation des données, un dernier entretien a été mené pour un total de 10 entretiens individuels.

L'ensemble des enregistrements a été détruit à l'issue de l'étude. L'anonymat de chaque participant a été garanti, chaque participant a été codé « M » suivi du numéro correspondant à l'ordre dans lequel les médecins ont été interviewés.

## RESULTATS

### 1. Les entretiens

#### Description des entretiens

Interne	1 <sup>er</sup> contact	type entretien	durée entretien	fait-le
M1	direct	présentiel	33'13''	11 avril 2023
M2	indirect	présentiel	31'50''	14 avril 2023
M3	message	visioconférence	47'05''	10 juillet 2023
M4	direct	présentiel	65'22''	30 aout 2023
M5	indirect	visioconférence	51'01''	12 septembre 2023
M6	direct	présentiel	49'54''	15 septembre 2023
M7	message	présentiel	45'08''	19 septembre 2023
M8	indirect	visioconférence	51'33''	21 septembre 2023
M9	direct	visioconférence	34'07''	26 septembre 2023

#### Description de la population interrogée

interne	âge	promotion	sexe	activité de remplacement	SASPAS	projet professionnel	médecin dans la famille
M1	29	Socrate (ecn2020)	M	oui	validé	cabinet de groupe milieu urbain	non
M2	30	Quesnay (ecn2018)	M	oui	validé	cabinet de groupe rural	non
M3	31	Quesnay	F	oui	validé	installation	oui

						milieu rural	
M4	27	Socrate	M	oui	validé	cabinet de groupe milieu urbain	non
M5	29	Quesnay	F	oui	validé	remplacement	non
M6	33	Rabelais (ecn 2019)	M	oui	validé	remplacement	oui
M7	26	Socrate	M	non	en cours	milieu hospitalier	non
M8	29	Quesnay	F	oui	validé	installation milieu rural	non
M9	30	Quesnay	M	oui	validé	cabinet de groupe milieu urbain	non
M10	28	Socrate	M	oui	validé	cabinet de groupe rural	oui

## 2. Relation solide et entretenue

### Entretien de la relation

La notion de proche est définie par le **partage**. Je cite M1 : « un vécu commun, une histoire commune, qu'elle soit familiale, scolaire, sportive ». Pour M4, c'est une « connaissance avec qui j'ai des bonnes relations ... peu importe le lien de parenté », cela va plus loin que les liens du sang. Pour M10, « Ce n'est pas juste une question de sang, mais plutôt de lien émotionnel et de confiance. » L'aspect de partage est une chose primordiale même lorsqu'il y a les liens du sang. Pour M6, s'il n'y a pas de vécu commun : « je le considère comme quelqu'un de ma famille. Pas spécialement un proche ». C'est aussi une relation **entretenu**, M3 définit le proche comme « Quelqu'un que je côtoie régulièrement ». Pour M5 avec plus **d'indulgence pour la famille** « L'aspect régulier est important mais dans la famille on peut se permettre d'avoir des relations moins fréquentes ». M9 lui considère comme proches les personnes avec qui « j'ai passé les moments assez importants dans ma vie, même si je suis pas toujours en contact. Je considère que c'est encore des personnes proches ».

## 3. Responsabilité

### A) Professionnalisme

Compte tenu de son statut, l'interne se doit de faire preuve de professionnalisme même envers ses proches. C'est un **filtre** indispensable pour assurer une certaine cohérence dans ses réponses. Selon M10, « Il peut être difficile de maintenir une distance professionnelle lorsqu'il s'agit de proches, ce qui peut affecter nos décisions. »

L'interne peut se permettre d'avoir plus de libertés dans sa prise en charge quand il est dans le **cadre** de la consultation, M3 « Pas d'arrêt de travail, mis à part dans le cadre d'une consultation ». Car ce cadre permet de mettre la barrière, créer une distance nécessaire à la

réflexion sur le bien-fondé de la demande M7 « Avec notre blouse blanche, avec cette mentalité de je suis en train de travailler ».M8 quant à elle ne souhaite pas entrer dans ce cadre pour préserver sa relation et ne pas venir la dénaturer « Je ne leur propose pas de venir consulter. Je pense que je n'ai pas envie de les voir en tant que patient » et cela malgré sa capacité à les accueillir. En dehors de ce cadre, l'interne travaille différemment : M3 « Moi c'est vrai que n'étant pas dans le cadre de mon travail au sens strict du terme, parfois je prends les choses un peu plus à la légère quoi en me disant si ma réponse lui convient pas elle a qu'à consulter son médecin. »

L'interne n'oublie pas l'aspect **médico-légal**, les règles **déontologiques** face aux demandes de proches et c'est même un motif de refus de prise en charge pour M1 "Je lui ai dit qu'il y avait des responsabilités derrière et je n'ai pas le droit de le faire médico-légalement, éthiquement, ce n'est pas faisable, qu'il devait voir son médecin traitant pour le faire.", M5 "Rester professionnel. Parce que, à la fin, si tu enfrens la déontologie et tout ça, peu importe que ce soit pour la famille en fait.", l'interne n'est pas prêt à se mettre en péril du point de vue légal pour rendre service à son proche.

M2 ne minimise pas les symptômes de ses proches, il est conscient que lorsqu'un médecin décide de prendre en charge un proche il le fait dans son **intégralité** et qu'il prend la **responsabilité** de la santé de ce proche "Les gens viennent avec une petite demande à leurs yeux mais vu que la plupart n'y connaissent rien, ils ne pensent pas que parfois ça peut être grave." Mais on retrouve un discours **paternaliste**.

Une fois engagé on ne peut pas abandonner en route : M7 « on annonce un diagnostic grave, enfin c'est un doigt dans un engrenage qu'on met. Il faut aller jusqu'au bout ». Le proche n'a pas conscience des responsabilités qu'il met sur les épaules de l'interne qui ne lui ne demande rien : M10 « Face à la gravité potentielle des symptômes qu'il décrivait, j'ai immédiatement ressenti la pression de la situation ».

## B) Devoir et refus

L'interne porteur du savoir va se sentir **redevable** envers ses proches : M8 « Tu sens redevable et que t'aurais pas la face de leur dire non, fin je pourrais mais j'ai un problème par rapport à ça." Malgré l'envie ou la nécessité de refuser, l'interne n'aura pas le courage de refuser et de se **mettre son proche à dos** : M8 «j'ai quand même beaucoup de mal à dire non. Donc, ça dépend, au cas par cas, mais je veux pas les froisser ».

M8 se sent redevable envers ses proches, ce qui rend difficile le fait de refuser leur demande, même si elle rencontre des obstacles personnels ou des difficultés cette pression implicite rend le refus compliqué. L'interne ressent un sentiment de **devoir** d'être disponible pour aider ceux qui sont proches. Et quand il ne ressent pas ce sentiment de devoir, c'est l'**attachement** qu'il a pour son proche qui le pousse à lui répondre : M2 « Car vraiment, ses histoires de champignons je m'en passerai bien. Mais bon je l'apprécie donc je prends sur moi. »

Parfois le refus s'impose quitte à avoir le **mauvais rôle** auprès de son entourage : M8 « Donc oui, ça change, ça change la relation et donc du coup après on passe pour un pour un ingrat pour un pour un « Oh là quand même tu peux me faire ci, tu pourrais faire ça enfin. » Selon M1 « Je peux passer pour quelqu'un de méchant ou qui ne pense qu'à lui mais moi je ne suis pas là pour faire plaisir et répondre aux demandes selon leurs attentes. J'essaie d'être objectif dans mes prises en charge et les différentes situations ». Les proches peuvent considérer l'interne comme ingrat et peuvent exprimer leur désapprobation ou leur déception face à ses refus. Ce qui peut altérer la perception que les proches ont de la personne qui fournit habituellement cette aide, et cela peut affecter la dynamique et la qualité de la relation. M8 est mise en difficulté à cause de « cette **ambivalence** de oui en fait en même temps t'as pas envie de vexer, t'as pas envie de pas les aider, de pas aller dépanner parce que finalement tu peux. » Cette réticence est motivée par une appréhension concernant une dénaturation de la relation. Pour d'autres interrogés, il faut refuser pour garder sa relation avec un proche intact : M7 « Pas soigner son proche, garder sa relation de proche à proche ».

M6 trouve cette situation **d'entraide normale** : « Tout le monde fait appel à ses proches quand ils ont certaine compétence je pense. » M6 « Si elle était assez, avait des compétences dont on avait besoin, et certainement qu'on ferait la même chose. » elle rend un service comme un autre et elle fait profiter son entourage de ses connaissances dans le domaine médical comme eux le feraient dans d'autres domaines : M6 « Par exemple, je pense que c'est la première que j'appellerai avant d'appeler un plombier ». Pour M2, c'est du donnant donnant « eux aussi me rendent des services, ils vont mal aussi c'est un peu lâche de les laisser dans la m.... ».

#### 4. Sollicitations

##### A) Motif

Les sollicitations sont de natures diverses, cela passe par la demande de **prescription** de traitements habituels : M4 « Migraïne chez un ami qui avait besoin d'une prescription pour son traitement et son médecin n'est pas dispo », M5 : « Pareil si c'est des renouvellements de traitement des choses comme ça, je le ferai. », M6 : « ma cousine m'a demandé son renouvellement de pilule », des demandes d'imagerie : M8 « tu peux pas prescrire une échographie ».

La rédaction d'un **certificat** de non contre-indication à la pratique sportive revient aussi : M6 « Y a mon cousin qui m'a demandé un certificat d'aptitude au sport pour la musculation et la course à pied », ou encore un **courrier** d'adressage au spécialiste : M2 « Et là il me demande une ordonnance pour voir un dermatologue. »

Les proches sollicitent aussi les internes pour des **avis** médicaux, dans le cadre d'avis **pédiatriques**, les proches étant facilement alarmés par les soucis de leurs enfants : M3 « Sinon c'est souvent des avis pédiatriques, pour des bébés qui font la fièvre ou qui ont des éruptions cutanées, des choses du genre. », M7 « Oui, c'est beaucoup, beaucoup, sur les enfants, beaucoup, beaucoup de pédiatrie finalement ». Après avoir consulté un médecin,

certains proches viennent vers l'interne pour demander un **second avis** : M7 « Après avoir vu leur médecin, ils ont eu un changement de traitement ou quoi que ce soit qui me demande ce que j'en pense », M5 : « avis pour un œdème de cheville sur lequel un diagnostic de goutte était posé ».

Parfois, l'interne est confronté à des **urgences** réelles : M2 « des urgences, des douleurs abdominales qui peuvent être chirurgicales » ou ressenties : M10 « mon cousin, avec qui je suis très proche, m'a appelé tard un hier soir parce qu'il souffrait d'une forte douleur abdominale. Il était paniqué, il ne savait pas s'il devait aller aux urgences ». M9 est plutôt sollicité pour des « Trucs un peu **banal**, style des lombalgies, des rhumes, des gastros ». Pour d'autres internes, les demandes sont parfois **complexes**, multidisciplinaires : M5 « c'était une infection gynécologique qui a nécessité un avis infectiologue ».

Souvent, le proche va utiliser l'interne comme moyen de **dépannage**, M2 : « un ami que je dépanne avec des ordonnances de sérétide » ou M8 : « Des Conseils, dépannage ponctuel, regarde mes résultats ». Sa facilité d'accès et sa proximité le mette dans ce rôle de roue de secours en cas de besoin imminent. Et être ce « moyen de dépannage » est un rôle accepté par les internes : M4 « Alors ça me dérange pas de dépanner mais voilà, faut pas que ce soit abusif. »

Les sollicitations ne demandent pas toujours une expertise médicale, comme pour M9 qui a apporté un **soutien** à ses proches qui traversaient une épreuve difficile « il avait besoin d'en parler, de dire. Voilà, il s'est passé ça, ça, ça. » L'interne dans ces cas-là un rôle de réassurance, c'est une béquille émotionnelle pour le proche et de par son expérience, le patient proche va se diriger plus naturellement vers lui pour être soutenu et vider son sac.

L'interne va répondre à ces demandes et même prescrire en dehors du cadre habituel, comme pour M5 « Le tout dans un cadre informel car je ne remplaçais pas en même temps »

### B) Comment ?

Les demandes des proches se font **indirectement** par exemple au « hasard » d'une **conversation**, M2 : « il me demande ça au détour d'une discussion lambda. », M5 : « C'est simplement au décours d'une conversation. », d'une **visite** à la famille pour M6 : « Donc voilà, j'ai dit c'est tout je vais les rejoindre rendre visite... est-ce que tu peux me faire une prescription », M8 « On te fait des demandes au repas de famille », ou au « **hasard** » d'une rencontre avec une connaissance pour M7 : « un ami qui m'a demandé en pleine rue un avis ».

Les demandes peuvent être aussi **directes**, le proche sollicitant directement l'interne pour sa demande médicale M4 : « la pharmacie lui avait avancé une boîte et du coup j'ai juste régularisé. »

La sollicitation du proche peut être favorisée par la **proximité** géographique, par exemple : M5 qui reçoit « des sollicitations des voisins ».

Mais dans nos sociétés hyper connectées, on passe un cap dans le coté intrusif et sans limite des sollicitations. Il n'y a plus de contrainte de temps ni de lieu, on peut joindre n'importe qui n'importe où et n'importe quand. Les demandes se font souvent par **message**, pour M3 qui reçoit des demandes de sa belle-sœur « C'est par message exclusivement », M5 : « Par message, genre de chose si ça ne nécessite pas forcément de d'examen clinique, tu vois ça, ça rentre dans le cadre d'une téléconsultation » ou par **appel** téléphonique : M7 « c'est aux urgences où là ils m'ont appelé pour savoir » ou via une **application** pour communiquer pour M6 : « elle a créé un groupe. Moi et mon frère, ... l'a appelé Super Toubib, dès que sa fille a un truc, elle nous, elle nous l'envoi ». Cela laisse que **peu de répit** à l'interne qui peut être dérangé peu importe le **moment** : M7 « par exemple envoyer un message à 23h ils savent que je serai là », M2 : « Un très bon ami qui m'appelle à pas d'heure pour une douleur au testicule », M10 dit même qu'il « faut être disponible de suite pour certains et ça peu importe le moment ». Et **l'endroit** comme M3 qui reçoit des demandes de proches à l'étranger, des demandes qui peuvent être insistante « Elle était en voyage en Guadeloupe. Et puis tu sais c'est limite si elle m'a relancée rapidement ».

En termes de **fréquence** : M9 « Une fois sur le mois », M5 « 1 fois par mois sur un an, mais là récemment en fait, j'ai eu les 3 », ou plus fréquemment pour M7 « On va dire au moins une fois par semaine au moins » sans retrouver une réelle corrélation avec la présence de médecin dans la famille

### C) Réponse aux sollicitations

L'interne va répondre **positivement** aux sollicitations de différentes natures, car en plus d'aider il ressent une **satisfaction personnelle** comme pour M4 « Voilà comme maintenant, je vais plus souvent à donner des avis, je vois aussi le côté humain ... ça leur fait plaisir ... Donc je suis content de le faire quand même encore. » ou M8 qui reste disponible face aux sollicitations « je réponds quand même facilement. » Accepter les demandes reste à condition, car l'interne souhaite que son intervention soit **punctuelle**, comme M5 qui « mets en garde de toute façon que c'est un dépannage ». Selon M8, « À mettre le doigt là-dedans, c'est foutu. Enfin, ils te le demanderont tout le temps ». Il faudrait donc rendre service sans que cela ne devienne la norme. Ces internes ne veulent pas devenir le soignant principal de leurs proches mais plutôt garder leur rôle de proche ; M8 : « faire un suivi, non, je n'ai pas envie ».

Peu importe ses conséquences, parfois la réponse est **négative**, comme pour M1 : « Je peux passer pour quelqu'un de méchant ou qui ne pense qu'à lui mais moi je ne suis pas là pour faire plaisir et répondre aux demandes selon leurs attentes », M1 « j'ai déjà eu des demandes, je refusais ». Certains internes n'hésitent pas à s'opposer, ils ne sont pas au service de leurs proches. On peut également penser que c'est à l'interne d'éduquer le proche là-dessus afin de ne **pas banaliser** les demandes inadaptées, M1 « Ils peuvent me donner un conseil, ok. Mais demander des ordonnances ce n'est pas normal, c'est juste un confort. Pour eux c'est une formalité, mais nous on se doit de les éduquer à ça ».

L'interne peut parfois répondre à son proche mais d'une façon qui ne satisfait pas ce dernier, M10 : « mon oncle était frustré, surtout parce qu'il espérait une solution plus simple et plus



rassurante de ma part ». Les attentes des proches sont parfois irréalistes et peuvent être source de tension, M10 : « il a accepté à contrecœur de suivre mon conseil.

#### D) Les demandes ressenties imposées

Les internes sont sollicités pour leur savoir médical. Si un proche se questionne sur le thème de la santé, automatiquement il va s'orienter vers les sources de savoir accessible donc vers nous les internes, M5 : « Je pense que c'est **inévitabile** parce que à partir du moment où les gens savent que tu es médecin, il y a forcément un moment... Ils n'ont pas moyen de d'avoir un autre avis ou c'est une urgence ressentie ou une urgence réelle. Donc je pense que c'est inévitable et il faut savoir que ça va arriver ». Cette acceptation de la réalité par l'interne montre une compréhension de la responsabilité morale qui accompagne son statut mais on sent une certaine **résignation** à cette réalité ressentie comme imposée M2 « tu ne peux pas vraiment échapper aux demandes surtout quand tu vis avec ces gens. »

On remarque que les internes sont mis sous le **fait accompli**, M8 : « ça s'impose souvent en fait, c'est surtout en fait on ne me demande même pas si je si ça m'embête ou pas, si je veux pas... », ainsi c'est difficile de se dépêtrer de la situation, M2 : « il me demande ça au détour d'une discussion lambda, c'était inattendu et je me retrouve avec lui qui commence à remonter son t-shirt pour me montrer ses lésions ». On n'est alors plus sur une demande, mais sur une réclamation. Ces situations sont délicates, et l'interne se sent dans **l'obligation** de répondre positivement à cette requête. Par exemple, M8 a dû faire face aux demandes de son beau-père : « pour vendredi soir à l'apéro, il se ramène avec les résultats de la bio ou de l'écho, « qu'est-ce que t'en penses? » T'es tellement pris au dépourvu et je sais pas dire non », ou M9 : « Après bon, on va pas se mentir, tu te sens toujours obligé un peu de dire oui, c'est rare que je dise non ». L'interne peut parfois être **agacé** de cette situation quand les demandes ne sont pas formulées de manière appropriée : M7 « c'est l'impression que **tout leur ai dû** qui m'énerve", ou M8 : « Faut être à la disposition des gens ».

L'interne est un médecin encore peu expérimenté, il a parfois du mal à **s'affirmer** face à ce type de sollicitation qui sont ressenties comme imposées, M8 : « moi le problème c'est que j'ai quand même beaucoup de mal à dire non » ou M4 : « j'aurais dû mal à vraiment dire non » ou parfois c'est un trait de caractère inhérent à la situation de soin, M3 : « Je suis comme ça dans la vie, je sais pas vraiment dire non, je suis pareil avec mes patients ».

Cela peut revenir à accepter à contre cœur malgré le **préjudice** que cela peut engendrer, M5 : « Une journée quand t'es en train de faire autre chose, tu as une demande comme ça impromptue, ça te prend pas mal de temps. »

Avant de solliciter l'interne, le proche ne demande pas si l'interne est **disponible** ou apte à lui répondre, M8 : « dans la famille de mon mari, la femme de son cousin, quand elle a su que j'étais médecin généraliste, elle a dit : « Oh, un médecin généraliste dans la famille » ». C'est un exemple de l'entourage qui suppose que l'accès à un médecin dans la famille serait bénéfique, sans considérer les désirs personnels de l'interne qui sont dans ce cas contraires à ceux du proche. Par exemple, pour M9 concernant les demandes de ses proches : « la famille, ça va être beaucoup ne pas me demander mon avis ». Le proche sollicite, et comme dit M8 : « de toute façon ils tentent et on voit si ça passe, t'es leur sœur, leur enfant... ça serait pas cool

de refuser», on joue sur le chantage affectif.

Ce comportement est dépendant du **lien** qu'entretient l'interne avec ce proche. En effet, les personnes les moins proches ont plus de tendances à demander à l'interne s'il veut bien répondre avant de le solliciter médicalement, M9 : « Mes proches avec qui je partage un peu moins. Par exemple, des coéquipiers qui demandent des petits conseils, ils vont demander, est-ce que je peux te poser une question ? ». La distance entre la lentille de l'interne et le prisme du proche va grandement influencer sur le spectre de réponse final.

## 5. Les tabous de l'interne

Certains tabous se posent dans la prise en charge du proche. Comme avec un patient lambda, on peut se créer un **pattern** des questions à poser, des choses à rechercher des limites à ne pas franchir des choses. Mais dans ce cas, les règles sont différentes, plus hétérogènes et plus difficiles à respecter car elles dépendent de l'interne, du proche et de leur relation. La pose de limites semble **indispensables** pour ne pas finir dans l'abus, M8 : « après y a plus de limites, jusqu'où vont-ils aller ? ».

Le degré de **proximité** du proche est une variante importante : plus la personne prise en charge est proche, moins l'interne a tendance à aller loin dans la prise en charge, M1 : « j'aurais plus de facilités à céder pour ce gars du lycée qui veut son doliprane, alors que ma mère je peux lui dire d'aller voir son médecin ». Ceci est valable pour les 2 extrêmes, M10 : « Je suis peut-être plus enclin à être disponible pour ma famille proche ». Si la personne n'est là que par intérêt et que le lien est rompu, M6 : « Les personnes que tu connais qui ont fait partie de tes proches il y a un moment et puis qu'ils reviennent 3 ans après. Tu penses que c'est pour prendre des nouvelles, et en fait c'est « tu peux me faire une ordonnance pour ça ? » Ca tu vois, c'est non. »

La **pudeur physique** est un élément qui va mettre mal à l'aise l'interne, ce qui va mener à une prise en charge médicale différente. **L'examen physique** n'est pas fait par M2 car : « le fait d'être moins complet et systématique avec mes proches, ça me pousse à refuser les demandes ». Tout dépend de la nature de l'examen, de la demande, pour M8 : « un certifié c'est en examinant », mais quand ça touche à l'intimité physique, « je me vois mal me refaire leur suivi gynéco ou je ne sais pas si un jour ils ont des hémorroïdes ». Et cela afin de ne pas **dénaturer** une amitié, pour M9 : « ça reste des amis, en fait, je n'ai pas envie de tout savoir », ou par **gêne**, M4 : « Je ne suis pas disponible pour examiner certaines choses » qui s'est vu questionner sur des pathologies gynécologiques par sa tante lors d'un repas de famille. Quant à M3, c'est une **modalité** pour elle, même si l'examen est intime, tant que le proche est mis au courant et « avec son accord ». Pour M4 : « ça dépend de la personne ». Là encore on voit l'influence de la proximité avec le proche.

Il faut un **cadre** officiel qui sera rassurant pour M9 : « je leur demande de venir au cabinet pour que je puisse les examiner ». Pour M2 : « Le meilleur est pour moi de constituer un cadre officiel pour faire ces consultations ». La présence de ce cadre professionnel physique et légal sera rassurant pour l'interne qui pourra ainsi mieux répondre à la sollicitation, tout est une question de distance : faire une consultation dans un cadre officiel va permettre de replacer la distance avec son proche et ainsi agir avec le filtre du professionnalisme. Pour

M7 : « si on a un cabinet, on peut dire au proche viens me voir en consultation tel jour. En passant par un parcours de soins finalement, qui est cadré. En comme ça en fait, non est en mode en mode travail d'une part donc on va réfléchir en tant que médecin et pas en tant que proche».L'interne veut éviter des prises en charge sous optimales, M9 : « c'est carré, c'est pas fait sur un coin de table ou sur un fauteuil », M2 : « mon pote je vais pas commencer à lui palper le ventre au milieu du salon ».

L'intimité **psychique** est aussi une limite pour M9 : « ma copine a fait un burn-out, je l'ai tout de suite envoyé vers une collègue ...pour qu'elle soit libre d'exprimer ce qu'elle envie d'exprimer ». Cette limite est nécessaire pour éliminer les interférences possibles dues à la multiplication des rôles et surtout laisser libre parole au patient sans que cela n'influe avec son proche. Une posture en tant que **soutien** amical est préférable pour M9 : « j'ai plus un rôle de soutien plutôt qu'un rôle médical » et éviter le prisme médecin, M8 : « Je suis le problème mais en mode ami, alors je me place pas en mode médecin » car pour M8 il y a un véritable risque à avoir plusieurs rôles dans l'implication sur la santé de ses proches vis-à-vis du **secret médical**, notamment : « on fait un repas tous ensemble avec plein de potes et que j'en sais rien par erreur je dis un truc qu'il fallait pas que je dise, c'est rupture du secret médical, je trouve que c'est difficile en fait de séparer de séparer ce qui est professionnel et personnel». Parfois les limites entre le médical et le reste ne sont pas claires, et il peut y avoir une erreur de faite qui peut involontairement causer du tort.

Pour M7,« La sévérité de la maladie, ça c'est une de mes limites ».Il reconnaît la **gravité** d'une maladie comme une autre variable. L'interne va en réponse prendre de la distance avec son proche sur le plan médical. Mais pour M5, c'est l'inverse, l'implication sera bien plus marquée si la situation est plus sévère « Si j'ai un patient qui,je sais pas, est en soins palliatifs, ben je vais être plus préoccupée que le patient qui est venu me voir pour un rhume ».

**On voit que la variable la plus importante dont dépend tout le reste est l'interne car c'est de lui que découle la prise en charge.** L'interne peut aussi faire de la **téléconsultation** avec si nécessité une prescription, M5 : « Par message, genre si ça ne nécessite pas forcément de d'examen clinique, tu vois ça, ça rentre dans le cadre d'une téléconsultation ».Quand cela est possible, M10 : « Traiter des symptômes aussi sérieux à distance, sans examen physique ou ECG etc, c'est de la folie. » au sujet d'une douleur thoracique. Les proches ne se rendent pas toujours compte de la complexité de certaines situations.Les sollicitations qui font le moins débat sont les **arrêts de travail** : les sollicitations faites par les proches vont se solder par des refus, M5 : « Refus d'arrêt de travail, mais je me souviens plus trop du contexte », ou M1 : « L'arrêt de travail c'est hors de question », M8 :« Quand ça commence à toucher aux arrêts ... non, j'ai pas envie ».

L'interne ne sent pas à l'aise car les demandes d'arrêt sont souvent considérées comme **abusives** comme pour M4 qui **doute de la bonne foi** de son ami : « Quand tu demandes le nombre de jour. Ouais, en particulier pour une lombalgie, tu vois 10 jours c'est bizarre », et M5 : « Faut voir la personne et son état car c'est plus délicat. Et là il n'y avait pas de justification ». La prescription de **médicaments plus sensibles** semble problématique, M5 : « Alors je sais pas, peut-être des antidouleurs de pallier assez haut, je me sentirai assez mal à l'aise »,pour des raisons médico légales « Bon, je ne me sentirais pas à l'aise, je voudrais ne

pas faire de prescription frauduleuse », sans même parler d'un usage inadapté : l'image des antalgiques de palier II ou III est reliée par l'interne à un mésusage, l'interne ne veut pas mettre le doigt dans cet engrenage.

D'autres internes comme M2 mettent bien plus de **restrictions** « Je me limite à un conseil et une orientation » et il le justifie en disant « Car sinon tu te mets dans une situation délicate ou tu fais de la **mauvaise médecine** », quitte à être dichotomique dans sa façon de répondre « si urgence tu vas aux urgences, si t'es un patient tu patientes ». M1 est restrictif sur ses prescriptions : « Doliprane j'aurais fait je pense, mais examen complémentaire, biologie impossible, vas voir ton médecin » et « mon cut off c'était l'ordonnance de doliprane, spafon, voir vogalène à la limite, et tiorfan pour les diarrhées, antadys ». Ça semble en effet plus simple de gérer la situation de cette façon sans faire cette gymnastique des différentes variables à prendre en compte, encore faut-il tenir tête et ne pas céder à son proche.

L'interne reste fidèle à ses principes, quand on lui demande s'il a déjà **enfreint** ces règles, M3 : « Non jamais », M5 : « Non » car « pas de demande de prescription qui me semblait anormale ». Pour d'autres, il est plus dur de ne pas céder face aux demandes, M2 : « Oui et pas qu'une fois ». M4 : « ça m'arrive de céder avec des proches ou des patients » et cela face à l'insistance de certaines demandes, M4 : « c'est une question de demande, ouais, ouais, voilà de demande des fois des gens vraiment insistant. »

## 6. Diplomatie

Il ne faut pas négliger l'importance de savoir négocier pour garantir une prise en charge appropriée des patients et éviter de s'engager dans des situations délicates tout en ne mettant pas en péril la relation avec le proche. L'interne ne cède pas à la demande quand il la considère abusive et pour cela il peut utiliser différentes stratégies.

De façon **directe**, M7 : « Parfois je dis « je ne fais pas », c'est tout », mais l'interne va éprouver des difficultés à être aussi direct, M4 : « je vais avoir du mal à refuser ou à les envoyer balader ». Au-delà de la méthode directe, il y a aussi des moyens plus dissimulés pour éviter le conflit notamment comme M4 qui va se rendre volontairement **indisponible** « des fois je les fais galérer, genre je vais faire exprès de répondre peu pour pas que ça devienne une habitude », l'interne va **mentir** pour se débarrasser des demandes. Mais l'interne M4 se rend compte que la solution n'est pas durable : « les subterfuges vont peut-être ne plus passer ». Proposer une **solution alternative** à la demande du proche est possible, comme pour M2 : « Je lui dis oui, oui on verra pour ça, tu sais il y a rien d'urgent, tu traînes ça depuis longtemps... Tu ne veux pas plutôt que je te prescrive un médicament qui pourrait bien fonctionner dans ton cas ? », « je lui propose donc une téléconsultation mais son médecin n'en fait pas ». On est dans de la négociation, l'interne veut se débarrasser gentiment de son proche sans lui dire directement d'aller voir ailleurs.

L'interne a une **répugnance pour le conflit** et l'esquiver est une situation assez récurrente pour éviter des discussions énergivores et préserver sa santé mentale. M6 n'a pas expliqué le coût élevé d'une consultation en horaire de garde, préférant éviter le débat car il était là pour

rendre visite à sa famille et non pour discuter de tarif : « c'est quand ma tante m'a demandé combien normalement je prends pour une consultation à cette heure-ci, donc je lui dis 67,50€ et elle m'a dit 'c'est quand même abusé', et c'est le seul truc qui m'a dérangé » le tout au détriment de l'éducation du proche. M9, pour ne pas mettre en difficulté un proche déjà en souffrance dans le contexte du cancer de sa femme, a préféré ne pas contredire son proche pour ne pas le blesser dans ses croyances et son schéma de protection quitte à mettre ses propres croyances de côté : « remettre en question certaines croyances que toi tu as pas forcément. Je dis pas que c'est moi qui avais raison ou lui mais c'était pas des débats qui avaient lieu d'être donc c'est tout. Tu pars un petit peu dans son sens donc ça me mettait un petit peu en difficulté ».

L'interne se sent parfois manipulé par ses proches qui veulent arriver à leurs fins, M2 : « ça me fait plus rien car j'ai l'impression qu'on profite de moi, donc je sais refuser ».

Le proche de M2 fait preuve de **persuasion** « Il me dit, 'fais-moi une ordonnance ça te coûte rien'... Comment ça ? Ça me coûte ma crédibilité en tant que médecin ». En effet, rédiger une ordonnance est une action facile à réaliser et ne comporte pas de désavantages apparents pour les proches, mais encore faut-il voir les conséquences au-delà de cette rédaction qui n'intéressent que l'interne. M8, d'un ton ironique : « en fait t'as le savoir entre guillemets. Donc, donc ça serait vraiment méchant de pas leur donner l'info ». L'interne, porteur du savoir, se doit de le partager, quoi de pire que de ne pas partager le savoir ? On ressent la culpabilité de l'interne à refuser.

Le proche fait preuve de « **gratitude** » quand l'interne répond à ses interrogations, M2 « Il me remercie quand même, il est ch... mais bon, je prends de mon temps pour l'aider donc il me remercie ». Le proche manipule l'interne pour qu'on accède à sa demande qui initialement est embêtante. Parfois, les proches font preuve de moins de **tact**, M7 : « C'est aussi dans la manière de demander aussi de ; venir voir la personne et dire je veux une ordonnance pour tel médicament. », quand la demande est faite ainsi, cela passe moins auprès de l'interne. C'est face à ce type de situation que l'interne devrait faire preuve de pédagogie pour éduquer le proche.

## 7. Éducation du proche

L'éducation du proche est un élément indispensable car elle améliore l'adhésion à la prise en charge, diminue l'anxiété du proche et va permettre d'autonomiser le patient. L'interne va **participer** à l'éducation de son proche car il sait que c'est un outil précieux, c'est ce qu'on lui a appris, M2 : « La clé en médecine c'est expliquer et ça peu importe le patient, proche ou pas ».

Ceci est nécessaire car les proches font parfois preuve de **lacunes** sur le plan de l'éducation thérapeutique, notamment sur l'observance comme les patients lambdas, M2 : « Il me dit avoir consulté un médecin généraliste il y a plusieurs mois, qu'il a fait un traitement que ça allait mieux momentanément mais qu'il ne l'a pas suivi jusqu'au bout ».

L'interne va ainsi expliquer au proche les **enjeux** de ses prises de charge et aussi de ses refus, certains internes sont plus impliqués sur ce versant, M1 : « Je pense que le message a été explicite, pas méchant mais explicite en expliquant les causes éthiques, médico-légales, les engagements et responsabilités derrière », M1 : « Ils peuvent me donner un conseil, ok. Mais demander des ordonnances c'est pas normal, c'est juste un confort. Pour eux c'est une formalité, mais nous on se doit de les éduquer à ça ». M1 souhaite aussi **responsabiliser** son proche.

L'interne se doit d'expliquer à son proche ses prises de décisions concernant les demandes faites pour le responsabiliser et lui faire prendre conscience de la charge que cela engage, M10 : « J'ai expliqué que, bien que je me soucie de sa santé et de son bien-être, il y a des limites à ce que je peux faire en dehors d'un cadre professionnel ». Cela va jusqu'à l'explication des principes de base de notre système de soins, M2 : « Je lui explique le parcours de soins, qu'il faut qu'il revoie son médecin traitant. », parfois même jusqu'à sembler un peu moralisateur, M10 : « rappel à mon oncle et à d'autres membres de la famille sur l'importance de suivre le parcours de soins habituel. ».

L'interne doit insister sur l'importance de bien **formuler** une demande médicale, M7 : « en gros c'est plutôt une demande de ta capacité à faire une ordonnance et pas de ta capacité à réfléchir et à soigner les gens ». On met en évidence le besoin pour le proche de comprendre que l'interne n'est pas un ordonnancier, mais qu'il y a une réflexion médicale approfondie et à une prise en charge adaptée basée sur une analyse.

Le **rôle du généraliste** est parfois mal connu de l'entourage, M2 : « En parlant à certaines personnes qui ne sont pas dans le médical j'étais vu comme l'ordonnancier, prescripteur d'arrêt de travail et rhumologue ». Ces **propos** peuvent paraître **méprisants** au premier abord mais qui avec un dialogue avec le proche peuvent mener à la compréhension de ces fausses idées, M2 : « Bon courage pour expliquer ton métier à ces gens-là, mais en creusant un peu tu vois qu'ils ont eu une mauvaise expérience avec un médecin généraliste, personnellement ou pour un proche ».

L'interne explique l'intérêt de passer par le **parcours de soins** classique lors de demande de prescription, M8 : « c'est ton médecin qui te suit qui centralise toutes les informations. Si c'est moi qui le prescris lui il va pas recevoir les résultats. Tu vas pas avoir un suivi centralisé, c'est pas optimal pour toi donc du coup non demande lui quand tu le verras », mais parfois cela n'arrange pas le proche.

Parfois l'interne va volontairement **mettre de côté** l'éducation de son proche, ce qui est regrettable selon de M1 : « L'éducation thérapeutique c'est important mais c'est trop délaissé », ou M9 « Tu pars un petit peu dans son sens » même si le proche avance une chose fautive.

## 8. Interaction avec les prises en charge en cours

La demande d'avis, de conseils à l'interne peut venir interférer avec la prise en charge d'autres médecins, le proche va même jusqu'à demander **un second avis**, M7 : « Ma sœur me sollicite donc, j'énonce vaguement un diagnostic que Kawasaki, Le surlendemain on lui dit à l'hôpital que c'est ça », ce qui renforce la confiance du proche envers l'interne qui sait avant tout le monde ce qu'il se passe, sans même être sur place.

Le patient se voit donner des diagnostics, des conseils, voir même de nouvelles **prescriptions**, M5 : « J'ai prescrit une radiographie aussi qui n'avait pas été faite. » L'interne va compléter ce qui n'a pas été fait.

Les internes peuvent être en **désaccord** avec la prise en charge initiale du médecin traitant M5 « Elle a vu son médecin qui lui avait diagnostiqué une goutte mais j'y croyais pas tellement », l'interne va se surinvestir dans la prise en charge de son proche ainsi l'interne peut installer ou renforcer le doute qu'a le proche sur ses soignants qui n'ont « pas fait assez ».

Le fait de venir donner un second avis dans une prise en charge en cours **peut mettre mal à l'aise** l'interne car il a l'impression **d'interférer** dans une prise en charge en cours, M9 : « Ça interfère aussi avec faire prise en charge s'ils ont déjà un médecin traitant, il faut que ça soit centralisé par la même personne ». M1 lui ne souhaite pas être mis en difficulté en prenant la place du médecin initialement prescripteur « si tu lis une prise de sang, tu vois un truc anormal, à qui revient la responsabilité ? ».

Les internes considèrent que c'est une **perte de chance** pour le patient qui au final est encore plus perdu par cette perte de centralisation et par la multiplication des discours, M7 : « dès qu'il y a plusieurs personnes, plusieurs médecins sur les mêmes prises en charge sans qu'ils soient concertés et c'est plus une perte de chance pour le patient plus qu'un gain de chance. »

L'interne est face à un **dilemme** moral, il y a une crainte d'interférer dans la prise en charge médicale et de potentiellement compromettre le bien-être du patient.

En effet, avoir un avis sur une demande médicale risque de mettre l'interne dans un conflit de **loyauté** double à la fois confraternel et envers son proche. Le proche met ainsi l'interne dans une situation difficile à gérer, l'une des parties risque d'être lésée, comme pour le proche de M8 qui lui dit « Mon médecin est vieux, il est plus à la page, t'en penses quoi ? ».

Les internes veulent faire preuve de **confraternité** et ne souhaitent mettre en tort le médecin de la prise en charge initial, M8 : « Je veux pas critiquer ce que fait untel ou untel, j'essaie de rester, voilà confraternel », M7 se met dans la peau du médecin comparé et dit « moi je n'aimerais pas qu'un de mes patients ramène un proche médecin et dit c'est pas comme ça qu'il faut faire ». Mais les internes souhaitent quand même que leurs proches soient pris en charge de la meilleure façon, M6 lui va donc garder un œil de loin sur la prise en charge de ses parents et ne pas intervenir directement « on est là en garde-fou, tu vois ? Au cas où le médecin traitant fait de la m... ». Malgré la volonté de rester à distance, il se sent obligé de garder un œil sur la situation quand il s'agit de ses proches, l'interne va rester en bouée de sauvetage. M8 quant à elle avec l'acquisition **d'expérience** ose plus facilement statuer sur une

prise en charge en cours « Je délivre plus d'info plus de conseils qu'avant, donc je dis peut-être plus sur ce que je pense ». M8 a pris confiance et ose plus se positionner face à d'autres avis.

## 9. Accès aux soins par le parcours classique

**L'accès limité** aux soins dans certaines zones a un impact significatif sur la vie des internes en médecine. Souvent, leurs proches se tournent vers eux pour obtenir des conseils médicaux, faute de pouvoir consulter facilement un professionnel dans un délai raisonnable. Cet avis est partagé par plusieurs internes, M9 : « S'il y avait moins de problèmes d'accès aux soins et plus facilement des rendez-vous, je pense qu'il y a peut-être des proches qui nous poseraient même pas la question ».

Cette situation est exacerbée par l'absence de présence médicale durant certains créneaux notamment de **garde**, M5 : « Des sollicitations sur des temps où il y a pas, il y a pas de présence médicale ». M4 ajoute également « Oui, si je savais l'accès à un médecin plus facile j'hésiterais pas à orienter plus facilement ».

Ces témoignages mettent en lumière les défis auxquels sont confrontés les internes en raison des lacunes actuelles du système de santé, même si cet avis n'est pas partagé par M3 et M6. Cela est à nuancer avec la **situation géographique** des proches, M5 : « Alors mes parents non, c'est de pire en pire parce qu'ils sont dans une zone rurale, voir semi-urbaine. Après les proches, là les amis sur Lille et tout ça, non, eux, ils ont accès facilement »

## 10. Objectivité et gestion de l'affect

Selon M8, « l'enfant du médecin la réanimation cardio pulmonaire, elle va durer plus longtemps.

Ton père, tu vas le masser bien plus longtemps, même s'il a quatre-vingts balais, c'est mon avis. Je suis à peu près convaincu que ça se passerait comme ça. Il y a l'affect, l'amour, **tu perds le bon sens**».

Les internes avancent qu'il faut prendre en charge un **proche comme un patient lambda**, M6 : « ça ne change rien du tout de ça de savoir que c'est un proche, tu le prends en charge de la même façon que si c'était un patient au cabinet. », M1 : « J'essaie de prendre en charge de la même manière, proche ou non, si c'est la même maladie faut avoir le même raisonnement ». C'est ce qu'on nous apprend afin d'être le plus pertinent, il faut être dans l'empathie, pas dans le jugement et mettre son affect de côté, mais dans les faits c'est bien plus hétérogène.

Les liens émotionnels peuvent altérer la neutralité professionnelle, impactant la capacité à fournir des soins de manière **impartiale**, M7 : « On est moins objectif quand on soigne ses



proches », et M3 « On n'est pas les personnes les plus aptes car on n'est pas objectif, les sentiments viennent interférer dans notre raisonnement dans notre prise en charge », M5 : « Je suis moins objective à cause de l'affect » l'interne est conscient du **fossé entre son discours et ses actes**.

#### A) Sur et sous médicalisation

La familiarité avec le patient peut entraîner une perte d'objectivité. Le médecin pourrait interpréter les symptômes différemment ou négliger des signes cliniques qu'il aurait remarqués chez un patient ordinaire s'il ne prend pas assez de distance avec son proche. Lorsqu'un interne traite un proche, plusieurs facteurs peuvent contribuer à la **surmédicalisation**.

**L'attachement** peut altérer son raisonnement, M7 : « Parce que forcément, il y a les émotions qui jouent », M6 : « il y a l'émotion qui va qui peut prendre le dessus », prendre le dessus sur la rationalité du raisonnement médical, M10 : « On a tendance à s'inquiéter davantage, et parfois, cela peut brouiller notre jugement clinique », M8 : « c'est pas sain en fait, parce que je sais que déjà je pourrais pas réfléchir pareil » .

Le médecin pourrait vouloir **éviter tout risque**, même minime, en raison de sa relation personnelle, car « Une erreur dans pour ta propre famille, c'est d'autant plus punitif. » M5 « t'affoler trop vite » selon M6, ou « s'il arrive un malheur c'est plus compliqué à gérer » selon M5. Pour M4, il y a « tendance à faire qui était un peu trop, s'inquiéter trop », la peur de l'erreur est présente car les enjeux ressentis sont plus que professionnel. `

Ce qui va pousser l'interne à « vouloir être beaucoup plus agressif. Beaucoup d'examens complémentaires alors que c'est pas forcément justifié » selon M7. L'interne veut le meilleur pour son proche, et cela même **inconsciemment**, M4 : « Ouais, je m'en rends pas compte mais forcément ouais, je pense que je perds en neutralité ».

Le **proche** peut avoir des **attentes élevées** en matière de soins en raison de sa relation avec le médecin. Cette pression peut pousser le médecin à offrir des traitements ou des examens supplémentaires, même s'ils ne sont pas cliniquement indiqués, M2 : « il me demande une ordonnance pour voir un dermatologue » alors que selon lui « y a rien d'urgent, tu traines ça depuis longtemps... ». Inversement on peut être mené à **sous médicaliser**. Le niveau de soins fourni est insuffisant par rapport à ce qui serait normalement recommandé dans une situation médicale similaire. Cela peut se produire pour plusieurs raisons.

En fonction de la personnalité du proche, l'interne peut modifier sa vision, M6 : « je te prends l'exemple de mon père, mon père, c'est monsieur, Monsieur, j'ai mal partout », et il risque donc de **sous évaluer** les plaintes, M6 : « j'ai tendance à dédramatiser, mais je peux très bien un

jour passer à côté de quelque chose » La familiarité et le confort avec la personne peuvent mener à une perception moins objective de son état. L'interne peut hésiter à recommander des traitements invasifs à un proche par **crainte** de leur causer un inconfort, M7 « Forcément, on a certains traitements qu'on voudra pas mettre, ouais quand même il y a des effets indésirables ».

Conscient des risques de surmédicalisation, un médecin peut aller à l'extrême opposé et adopter une approche plus **conservatrice**, omettant des interventions qui seraient normalement considérées comme standard chez un autre patient, M6 : « tu peux très bien dire à ton cousin va travailler alors que peut être que le patient qui va être dans la gêne tu vas lui octroyer l'arrêt de travail», l'interne peut se **permettre** certaines choses avec ses proches.

Le traitement de proches peut **brouiller les repères** entre les rôles professionnels et personnels, ce qui peut conduire à une sous-estimation des besoins médicaux réels du proche, M5 : «s'il arrive un malheur c'est plus compliqué à gérer, on est dans une confusion de rôle ».Le rôle du bon ami ne va pas avec la casquette de médecin.

#### B) Pression ressentie comme accrue

Plusieurs internes sont en accord là-dessus, M7 : « Trop de pression, trop de responsabilités. », M9 :« le poids sur les épaules que ça peut engendrer »,M4 : « j'ai une pression en plus. »

M5 : « C'est un peu ça le problème, t'es un peu plus stressé quand tu gères un proche parce que tu dis que si tu fais une erreur, c'est potentiellement plus grave ».On souligne ici la charge émotionnelle et professionnelle supplémentaire ressentie liée à la prise en charge des proches, l'interne ne veut pas faire du mal à son proche.

**L'incertitude** est une situation commune dans la prise en charge médicale et il faut savoir l'accepter, elle est moins tolérée dans le cas du proche, M1 : « s'il y a pas trop de conséquences, mais tout ce qui mène à un examen complémentaire, un doute, quelque chose qui attend une réponse c'est non, va voir ton médecin. », M4 : « La médecine, c'est jamais tout le temps exact. Il y a tout le temps des aléas. Je me sens **obligé** de bien faire » en parlant de son proche.

Mais cette incertitude et cette pression est moins bien acceptée par l'interne car elle est démultipliée du fait du lien particulier avec le patient proche, une erreur médicale peut être considérée comme **impardonnable** du fait des conséquences **dramatiques** qu'elle peut avoir sur l'entourage de l'interne, selon M5 : « Je pense que tu es encore en contact avec la personne après et du coup si tu te trompes, je pense que je me mets plus la pression sur le fait de me tromper ou pas cibler le **bon diagnostic** ». Cette pression supplémentaire est notamment dû à la proximité directe avec le proche M4,« J'ai plus peur de quelque chose parce que c'est quand même un proche que je vais être amené à revoir régulièrement ».

C'est une réelle crainte chez plusieurs internes car dans cette situation les émotions peuvent influencer la prise de décision médicale et mener comme on l'a déjà vu à une perte

d'objectivité.

**L'erreur médicale** peut mener à des conflits extra médicaux familiaux et impacter profondément les liens familiaux, selon M6 : « c'est pas juste une relation médecin-malade qui part en vrille. Oui, c'est une relation avec un proche et peut-être même directement avec ta famille ou avec la famille du proche ». L'erreur ou le désaccord ne reste **pas circonscrit** au cabinet médical et risque de modifier la dynamique complète de l'entourage. M9 exprime la différence entre la perte d'un proche et celle d'un patient, soulignant la proximité émotionnelle et le caractère permanent de la perte : « Parce qu'un proche c'est quelqu'un qui fait partie de son entourage et ta famille. C'est quelqu'un que tu reverras plus », ce qui va mener à une contrainte supplémentaire selon M9 : « Plus c'est proche moins j'ai envie d'avoir le rôle de médecin traitant ». Un patient **plus proche** veut aussi dire plus de pression selon M2 : « J'ai plus peur de me tromper pour un proche, de passer pour un guignol », il y a une peur de se faire critiquer sur ses qualités de médecin, ce qui peut mener à une surmédicalisation des proches comme déjà vu.

L'interne tient aussi à **son image** en tant que professionnel de santé, M8 « Après on va dire: Ouais on va aller voir XXX elle donne facilement un arrêt. Enfin tu vois, j'ai pas envie d'être ce d'être ce médecin-là ».

L'interne est bien conscient de la cause de cette surcharge, selon M5 : « à cause de l'affect » l'implication émotionnelle peut entraver la capacité à maintenir une perspective objective dans la prise en charge médicale.

Une solution serait de dire stop quand l'interne sent qu'il risque **de perdre pied**, mais cette annonce reste dure à faire, M9 : « Trouver ça un peu dur de dire maintenant que c'est grave, je peux plus te suivre quoi ».

## 11. Modification de la relation malade / médecin

Il a été constaté que le fait de s'occuper de ses proches modifie souvent la relation que l'on entretient avec eux. Sur l'aspect **financier**, on ressent cette modification car soit l'interne ne souhaite pas se faire payer, M4 : « Ça me fait plaisir de leur rendre la pareille. C'est contraire à mes valeurs de les faire payer », soit il le voudrait, M1 : « on devrait demander une rémunération pour çaresté du travail, soit on prend tout ne soit rien ».

M8 ne demande pas à être payé par gêne « je serais gênée de leur demander par exemple de payer la consultation ». Réclamer de l'argent à son proche reste tabou. M3 faisait **payer** son proche car « c'est une consultation comme une autre » mais uniquement dans le cadre d'une consultation au cabinet : « si je suis remplaçante et c'est au cabinet oui. Sinon jamais. »

Sur l'aspect du **devoir** envers le patient, on passe d'une obligation de moyen à une **obligation de résultat** selon M4 : « Alors automatiquement, inconsciemment, j'ai cette obligation de résultat qui n'est pas normale. Premièrement car je tiens à cette personne, et deuxièmement, même si c'est pas le cas, je vais m'en vouloir moi personnellement si je me trompe et j'ai peur

que la personne m'en veuille aussi ». On remarque surtout que c'est l'interne qui **s'auto inflige** tout cela. Il exprime le poids de la responsabilité qu'il ressent envers ses proches et la peur de décevoir, ce qui pourrait influencer là encore sa capacité à maintenir une objectivité totale. Pour éviter cela, l'interne se **prémunie**, M8 « j'ai pas envie de les soigner sur le long terme parce que je pense que ça changera la relation ». En dépit de la volonté d'aider, il existe une crainte que le fait de devenir le soignant principal sur une période prolongée pourrait **altérer la dynamique existante de la relation** et compromettre leur équilibre émotionnel ou altérer la nature spontanée de leur relation.

L'interne ne souhaite pas dénaturer la relation avec son proche, M8 : « je veux qu'ils restent mes proches, je veux pas qu'ils deviennent des patients », M4 : « Je vais pas avoir envie de perdre cette relation avec cette personne, tu vois ? ». La relation se modifie, la modification de la dynamique peut mener à ne retrouver **aucun avantage ni inconvénient** du point de vue de l'interne, M4 de façon hésitante : « Ouais, ça a déjà changé. Pas, peut-être pas détérioré, mais changé notre relation. Je pense quand que voilà, je suis un peu galère ou je refuse. Je pense que la personne elle est déçue ».

La relation est parfois déjà profondément modifiée négativement à cause de la multiplication des demandes faites par les proches, comme dit M7 : « Je soupire énormément quand je vois un message de sa part. Je lui parle très, très rarement. » Ou M8 là encore agacé des demandes : « ça me gave direct donc oui, ça change la relation en fait. Enfin du coup je suis désagréable.

Enfin je veux dire, je suis en train, je suis en train de manger mon bol de céréales le matin et puis elle vient nous parler de ses trucs », l'interne va se sentir comme utilisé et va se désintéresser de cette relation comme pour M8 « au fait je suis pas juste un objet quoi ». M1 lui est concis « C'est dur à dire, mais faut être simple car sinon on te casse la tête ». M5 constate un **rapprochement** dans ses relations avec les proches suite à sa disponibilité et son aide médicale, ce qui peut renforcer la confiance et la proximité : « ça a rapproché, parce que, c'est par le fait d'avoir été disponible, ça a un impact positif dans la relation ». Cela semble normal face à la fierté qu'on peut ressentir à aider son proche, et à la gratitude exprimé par celui-ci : un rapprochement parfois ressenti mais avec un **manque de sincérité**, M7 : « il va être plus poli, plus respectueux, plus sérieux. On perd de la sincérité quoi... de la spontanéité ».

L'acceptation, tout comme le **refus**, peut nous mener à cette dénaturation, M1 refuse : « Quitte à passer pour une personne mauvaise », M8 : « on passe pour un pour un ingrat ». Là encore l'interne suppose que le refus lui donne une mauvaise image ou peut être à l'origine d'une mésentente, M10 : « Il m'a remercié, mais il y a eu une légère tension car il aurait préféré que je passe le voir directement ». En creusant un peu, on se rend vite compte que cela reste de l'ordre de l'interprétation et non du factuel M10 : « mais il y avait une attente non dite », et cela malgré la **volonté** de l'interne à ne pas modifier cette relation. M8 « Faudrait que je leur dise écoute là je peux pas, mais enfin ça change rien à notre relation ». Une clarification des limites est nécessaire, tout en insistant sur le maintien de la relation personnelle. A noter qu'aucun interne n'a rapporté un conflit ou une mésentente directe suite à un refus. Le refus de certaines demandes médicales n'a pas affecté la relation avec certaines personnes, M3 : « Il y en a à qui j'ai clairement dit non je te ferais pas de certif de non contre-indication au sport, tu vas voir ton médecin et tu fais tes examens et ça n'a jamais rien changé entre nous ».

S'il n'est pas clair dès le départ et qu'il n'expose pas son rôle il risque qu'on lui attribue un rôle de soignant, M2 : « On m'a proclamé expert de la famille ... Donc oui ça a modifié mes relations malgré moi ».

## 12. Les désagréments ressentis à la prise en charge d'un proche

Les intérêts du proche et de l'interne peuvent parfois entrer en conflit, leurs besoins ou attentes peuvent ne pas toujours être parfaitement alignés, ce qui peut créer une tension dans la gestion des demandes médicales informelles.

Comme on l'a vu, l'interne, soucieux de ses responsabilités professionnelles et conscient de ses limites éthiques, tente de limiter son implication dans ces consultations pour des raisons de temps et de surcharge de travail. Cependant le proche, cherchant des réponses immédiates ou souhaitant obtenir des conseils plus détaillés, pourrait être en désaccord avec la façon dont l'interne gère cette demande. Il risque d'être frustré si l'interne ne peut pas répondre rapidement ou s'il limite ses conseils pour des raisons professionnelles ou personnelles.

### A) Pour l'interne

On pourrait entrecouper cette partie avec les avantages pour les proches car on va voir que l'intérêt des proches peut mener à des désagréments et que les attentes sont divergentes. Les internes se considèrent comme les **perdants** dans cette équation. La réponse de M6 quand je l'interroge s'il y a des avantages à traiter ses proches est claire : « **Aucun** », pour M3 « Pas vraiment ». Les sollicitations des proches sont une surcharge de travail, M6 : « C'est une charge de travail supplémentaire, des responsabilités », et M10 : « La sollicitation constante, même en dehors des heures de travail, peut contribuer à l'épuisement professionnel, t'as du mal à déconnecter et tu risques de finir en Burn out ». Ne pas avoir de contrainte **temporelle** est problématique selon M2 : « Déjà être embêté peu importe l'heure », l'interne n'arrive pas à retirer sa casquette de soignant comme pour M10 : « ça peut devenir pesant, surtout en période de stress ou de fatigue ». Cela ne semble pas déranger M4 : « Ça me fait des heures de travail en plus, forcément non rémunéré, mais après ça ne dérange pas puisque c'est pour la famille », car il accomplit son devoir.

L'intrusion de **l'affect démultiplie** l'impact émotionnel lié une possible erreur médicale, M6 : « Une erreur dans pour ta propre famille, c'est d'autant plus punitif », ce qui s'ajoute à une surcharge de travail une surcharge émotionnelle. Cela est responsable de **craintes** pour l'interne, M6 : « Mais si tu retires la vie à un de tes proches. Tu peux pas le vivre de la même façon que si tu fais une erreur qui coute la vie à un inconnu ». Pour M9 : « Perdre un proche, c'est pas comme perdre un patient, tu vois ? ». La douleur et la culpabilité sont **exacerbées** par la proximité de la relation et les souvenirs partagés. Bien que la mort d'un patient puisse être difficile à gérer pour les internes, il existe une distance émotionnelle. Prendre en charge ses proches peut mettre l'interne dans des situations inédites qui peuvent le placer en difficulté,

comme par exemple M10 qui devait gérer une douleur abdominale aigue au téléphone : « c'était compliqué par téléphone et qu'il fallait qu'il soit prêt à aller aux urgences ».

### B) Pour le proche

On fait aussi face à l'incertitude d'interne quant à la volonté ou à la capacité des proches de se **confier** entièrement, M9 : « Comme tu restes quelqu'un de proche, est ce qu'ils se sentent à même de dire la totalité de leurs symptômes, la totalité de leur vie de se livrer complètement à toi ? ça je suis pas sûr ». Cela peut leur porter préjudice car l'interne peut ressentir des doutes sur la sincérité de son proche et, les éléments rapportés étant incomplets, la prise en charge risque d'être sous optimale.

Le proche, car il a confiance en l'interne, risque de le suivre aveuglement, M9 : « La personne proche fera ses propres choix ou elle fera ses choix en fonction de ce que toi tu lui dis, en fonction de tes croyances à toi et du coup plus forcément en fonction de ses croyances et de ses envies ».

Tout cela peut mener là encore à surmédicaliser ou sous médicaliser les demandes.

## **13. L'intérêt ressenti à la prise en charge d'un proche**

### A) Pour le proche

Plus besoin s'embêter à prendre rendez-vous, attendre, se déplacer, car l'interne est là, M8 : « t'as pas à prendre rendez-vous », M6 « gain de temps, ça leur évite de consulter », pas de contrainte de temps ni géographique, les internes étant sollicités peu importe l'heure et le lieu. Selon M2, « Un très bon ami qui m'appelle à pas d'heure », et M3 : « Elle était en voyage en Guadeloupe ».

Il peut **shunter** le parcours classique et le médecin traitant M7 « L'accès rapide aux soins sans passer par le parcours classique » jusqu'à avoir un **traitement de faveur** selon M9 « pour ton proche tu vas probablement plus rapidement prendre ton téléphone pour appeler le spécialiste pour avancer un rendez-vous pour avancer un scanner pour avancer un examen complémentaire » et M7 « avoir accès à des examens plus rapidement, utiliser ses contacts ». Le proche est bien **conscient du privilège** accordé par les proches internes, M6 rapporte les dires de son proche : « si vous étiez pas là, je serai tout le temps chez le médecin ». La plupart des sollicitations ne sont pas rémunérées, il n'y a pas d'avance des frais, M6 : « **gratuité** même si on est remboursé par sécurité sociale et compagnie, mais voilà. Ils ont pas à sortir de l'argent ». En résumé, l'interne est sollicité selon M3 : « Car c'est simplement **plus simple** ».

Mais ils sont aussi en présence d'un médecin qu'ils connaissent et en qui ils ont **confiance**, selon M9 : « Ils sont peut-être un peu plus à l'aise, ils ont plus confiance en toi. » et M8 : « si

ils demandent, c'est qu'ils ont confiance ». Et donc avoir un discours plus libre, avec M8 qui rapporte les propos de son proche « Je suis à l'aise avec lui, donc je me dis que je peux lui demander des trucs », et M3 : « Ils se permettent beaucoup plus de choses que les patients, ils ont moins de barrières ».

Lorsque le proche est satisfait, il va avoir tendance à revenir vers l'interne, comme pour M5 : « Elles m'ont sollicité. Elles étaient contentes de comment ça avait été géré. Du coup elles commencent à me re solliciter », « je peux apporter un soutien émotionnel, en plus des conseils médicaux » l'interne peut utiliser ses différentes casquettes mais gare au manque d'objectivité.

### B) Pour l'interne

Pour l'interne, il y a une **satisfaction** personnelle à rendre un service à un proche, M4 : « satisfaction personnelle de pouvoir aider un proche qui n'est quand même pas négligeable, sans pour autant me sentir redevable », surtout quand ce sont des personnes qui nous ont déjà rendu service, comme pour M4 : « Après, l'avantage, c'est que souvent ce sont des personnes à qui je tiens qui m'ont déjà rendu 1000 services aussi ... ça me fait plaisir de leur rendre la pareille ». L'interne est heureux de se sentir utile pour ses proches.

L'interne peut se sentir plus stimulé **intellectuellement** face à la complexité émotionnelle et technique de la situation, prenons l'exemple de M5 : « Je pense que c'est inévitable et il faut savoir que ça va arriver. Après, ça reste un moment excitant, délicat et stressant ».

L'interne peut être avantagé dans sa prise en charge en ayant plus d'informations et **en connaissant plus en détail** l'histoire de la maladie du patient, M4 : « Je vais, entre guillemets, bien connaître le patient, même ses antécédents et tout comme ça fait un moment que je suis en médecine, ils vont souvent me raconter leurs histoires à ce niveau-là, je les connais bien ». Être exhaustif peut faciliter et optimiser une prise en charge. L'interne peut ainsi offrir à son proche un suivi plus personnalisé, M10 : « je peux donner des conseils plus personnalisés et adaptés à leur situation ».

### C) Intérêt commun

Être libéré de la **contrainte de la consultation**, sur le plan temporel notamment, permet à l'interne d'aller au bout de sa prise en charge, pour M5 : « Disons que dans un contexte informel, je réfléchis pas du tout autant, donc s'il faut papoter, creuser plus, il y aura pas cette limite de temps. Pour moi c'est la seule différence en fait ». Cela est profitable pour l'interne sur le plan intellectuel et pour le patient qui sera soigné de façon optimale.

La gestion du **temps** se fait différemment, pour M5 : « Non, mais la différence avec le cabinet c'est qu'au cabinet t'as quand même un peu la limite des 15-20 minutes de consultation. Des fois je m'autorise quand il faut dépasser jusqu'à 30 minutes ». Le **suivi** peut être plus poussé, le proche étant souvent à proximité de l'interne, M2 : « T'as le suivi en direct, tu vois l'évolution, tu vois parfois comment le patient comprend et met en place tes conseils, c'est

intéressant je trouve ». Selon M9, « l'avantage qu'on a c'est qu'on a l'œil sur la prise en charge ».

Ainsi, l'interne peut suivre en **temps réel** la santé de ses proches, M7 : «Avoir un œil en direct sur la santé de ses proches », ce qui profite secondairement aux proches qui souhaitent la meilleure prise en charge. Toutefois, cela peut paraître intrusif pour les proches et ressenti comme imposé pour l'interne.

Il n'y a pas de frontière fixe entre le bien et le mal, on a juste une multitude d'action et de ressenti en fonction des différents paramètres entre nos protagonistes. Selon M10, « Les proches ont souvent plus confiance en nous qu'en un médecin qu'ils ne connaissent pas, ce qui peut faciliter la communication » et donc tout ce qui en découle du diagnostic à l'observance.

#### 14. Les particularités de l'interne

En début de carrière, l'interne peut manquer d'expérience et d'assurance, mais au fur et à mesure qu'il se voit **progresser**, il gagne en confiance et en compétences. Les particularités de l'interne résident dans cette montée en compétence qui contribue à façonner sa pratique médicale et à améliorer la qualité des soins qu'il dispense. Pour M7, « Plus d'expérience, plus d'assurance, plus de précision », et M8 : « Je délivre plus d'info, plus de conseils qu'avant, donc je dis peut-être plus sur ce que je pense ».

**L'expérience** acquise et qu'il amasse continuellement permet à l'interne de gérer de mieux en mieux les demandes de ses proches, M4 : « Je vais un peu plus d'assurance et je panique un peu moins parce que je commence à accumuler un peu d'expérience ». L'interne se sent plus à l'aise, M10 : « je suis devenu plus confiant dans mes conseils, mais aussi plus conscient de mes limites ».

M7 : « J'apporte plus de précision, je suis plus expéditif aussi ».L'interne se sent plus **efficace** dans la prise en charge.

L'expérience va pouvoir débloquer la peur de prendre en charge son proche, comme pour M5« j'accepte plus facilement les demandes de sollicitations ou en tout cas je n'essaie pas de les éviter peut-être. »

Même s'il reste modeste sur l'étendue de son savoir, il a bien conscience du **travail continu** qu'il doit fournir afin d'être meilleur et rester à jour, M2 : « je suis jeune j'ai encore tellement à apprendre, parfois je manque de confiance en moi».

L'interne peut retirer une expérience et une attitude résolument **positive** face aux demandes qui l'ont impacté sur le plan émotionnel, M2 : « Cette histoire m'a forgé et j'en tire que du positif avec le recul», au sujet de la prise en charge du cancer d'un proche.

M5 est aussi de cet avis, elle préconise de ne pas hésiter à se mettre dans des situations inconfortables pour se forcer à s'améliorer : « sortir de sa zone de confort et améliorer ses



compétences en prenant en charge des situations inhabituelles » en trouvant de la valeur dans les **difficultés** qu'elle a surmonté.

Il peut avoir une prise de conscience et une maturation dans la gestion de ses limites personnelles et professionnelles. Il est important de reconnaître et de respecter **son propre rôle** et les limites de ce que l'on peut raisonnablement offrir sans se sentir en péril, M1 : « C'est un peu compliqué de juger au fur et à mesure de l'expérience mais j'ai l'impression que plus j'avance, plus je restreins. Au début j'avais tendance à le faire car c'est cool, ça les dépanne mais là j'oriente de plus en plus vers le médecin traitant et coupe court à ça pour éviter d'être mis à mal dans des situations plus délicates ».Après la satisfaction liée aux premières demandes, l'aspect négatif fini par prendre le dessus.

Certains internes ont réussi à garder leur neutralité et à rester constants, M9 : « J'ai pas l'impression de faire de différence ». Mais cela est plus un idéal qu'une réalité pour la majorité des interviewés.

## 15. Recommandations

Les recommandations faites par les internes interrogés pour les nouveaux internes sont bienveillantes, et sont là pour **protéger** ces derniers. M2 conseille : « Protège-toi, pense à toi d'abord. Quand tu ne sais pas ou que t'es gêné, faut vite passer la main et pas forcer, sinon tu risquerais de te mettre dans une situation compliquée pour toi », selon M10, il faut « chercher du soutien lorsqu'il est nécessaire » et ne pas jouer avec le feu dans des situations délicates, M10 : « la nécessité de privilégier la sécurité avant tout ».

On lui recommande **d'être à l'aise** dans sa prise en charge et, si cela n'est pas le cas, éviter de se mettre en difficulté. Selon M3, « Chacun agit comme il le souhaite, je lui conseillerais de refuser les choses sur lesquelles il n'est pas à l'aise ». Pour M2, « Faut que tu te poses les bonnes questions. Est-ce que ça risque d'être grave ? Est-ce que je vais me sentir à l'aise ?... Il y a des maladies, t'as pas envie de t'investir médicalement dedans car tu sais où ça peut mener, les complications possibles ». Il conseille que l'implication médicale soit proportionnelle à la charge émotionnelle supportable.

Il faudra que l'interne ose dire non aux demandes mais encore faut-il **fixer rapidement ses limites**, M3 : « Ne pas se laisser marcher sur les pieds, poser ses règles dès le départ, pour qu'il ne soit pas trop sollicité et qu'il ne sache pas dire non. » pour ne pas être pris au dépourvu, M10 « être très clair avec ses proches dès le départ histoire de pas se faire manger par les demandes » et faire preuve d'humilité connaître les limites de ses compétences. Pour M5, « c'est important de connaître ses limites, et quand on les dépasse on passe la main ».

Il est primordial de ne pas faire de traitement de faveur, de rester **neutre** et soigner comme si c'était un patient lambda, selon M6, il faut « Refuser de prescrire quelque chose s'il estime que cela va à l'encontre des bonnes pratiques médicales ». Cela passe par une évaluation appropriée de la situation, donc pour M4 : « Évitez de faire la médecine sur des gens qu'on ne

connait pas et qu'on voit pas », car en cas de mauvaise prise en charge, la **responsabilité** de l'interne risquerait d'être engagée. Pour M5, il ne faut pas oublier qu'il faut « rester professionnel ». M10 souligne « l'importance de la confidentialité » car le proche nous partage des informations soumises au secret professionnel.

Il faut se demander si prendre en charge notre proche aura une **incidence** sur le reste de notre relation, M2 se questionne : « Est-ce que cela va changer quelque chose dans la relation avec mon proche ? ». Selon M7, si nécessaire il faut « ne pas soigner son proche, garder sa relation de proche à proche ». Il faudrait alors être capable de **refuser** de répondre positivement à la requête du proche, M6 : « Savoir dire non, ça c'est important », sans oublier dans ces cas de refus d'« orienter vers des médecins, que ce soit ces maîtres de stage ou des médecins qui connaît, ou alors on peut les réorienter vers leur médecin traitant quand ils en ont un », rappelle M9. M10 considère que « soigner un proche devrait être **l'exception** plutôt que la règle ». De façon plus radicale, on peut choisir de ne pas soigner son proche, M7 : « ne pas soigner son proche, garder sa relation de proche à proche, c'est un avis qui est très personnel ». M2 recommande aussi le cadre sécurisant de la **consultation** pour répondre aux demandes : « Le meilleur est pour moi de constituer un cadre officiel pour faire ces consultations. Examiner, questionner, faire ça en cabinet... ».

Il faudrait préférer la médecine **préventive** à la médecine curative, ce qui passe par l'éducation du proche, selon M1 « c'est pour ça qu'il faut être dans le conseil, la prévention et non dans la prescription ». M9 pense qu'il faut expliquer et conseiller, « et laisser le médecin traitant évaluer ». Quand cela est nécessaire, il faudrait avoir une porte de **sortie** lors de demandes abusives, par exemple M1 et M4 conseillent de « trouver un subterfuge ».

## DISCUSSION

### 1. Introduction

L'objectif principal de l'étude est de retranscrire et d'analyser le ressenti et l'attitude des internes du Nord Pas de Calais à l'occasion des demandes médicales de leurs proches.

La méthode de l'étude est qualitative, il s'agit du type d'étude le plus adapté pour laisser libre cours à la parole et place aux émotions. Cette méthode permet d'appréhender les subtilités des relations entre l'interne et ses proches lors des sollicitations de ces derniers.

Soigner ses proches est permis par le serment d'Hippocrate : « je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera », mais « je préserverai **l'indépendance** nécessaire à l'accomplissement de ma mission », ce qui est difficile à mettre en place quand l'affect est présent. Pourtant la prise en charge du proche soulève des problématiques différentes qui viennent se surajoutées à ceux de la prise en charge classique, en découle une situation qui est plus difficile à gérer pour l'interne qui devra jongler entre plus de variables afin de répondre

convenablement.

Quant au conseil de l'ordre, il ne nous donne pas de recommandations claires malgré la conscience des enjeux liés à cette situation, mais nous en garde « Le médecin doit aussi s'efforcer de ne pas être influencé par les sentiments inspirés par les personnes rencontrées (...) le médecin va soigner un ami, un proche ou une personnalité avec une attention renforcée, des précautions supplémentaires, qui peuvent être aussi bien bénéfiques que nuisibles. L'objectivité nécessaire à l'action du médecin s'accommode mal de sentiments subjectifs » (14).

La littérature s'est surtout intéressée aux pratiques des docteurs concernant leurs proches. La nuance est à faire car l'interne est un médecin en formation qui travaille sous la responsabilité d'un médecin senior plus aguerris. C'est toutefois une situation fréquente et cela dès le début de l'internat : plus de 95% des internes ayant répondu au questionnaire de MARIN avaient été confrontés à la maladie chez un de leurs proches, dont un quart de façon fréquente (4). Le phénomène s'intensifie chez les internes plus expérimentés ayant terminé leur stage de niveau I(4), représentatif notre échantillon.

## **2. Résultats principaux et comparaison à la littérature.**

### A)Le ressenti de l'interne

#### **a) Gestion de l'affect**

L'interne se sent investi d'une mission, il se doit de répondre car il est le détenteur du savoir et il ne peut pas laisser une personne sans aide surtout quand il s'agit d'un proche, l'affect va venir accentuer cette culpabilité que l'interne peut ressentir s'il laisse un proche dans le besoin. Dr.DAGNICOURT retrouve cette notion de culpabilité et d'obligation de soins face à des proches faisant parfois du chantage affectif (19).

La demande va souvent s'imposer à l'interne du fait de sa nature intrinsèquement liée à la santé, et il se retrouve contraint à soigner son proche souvent dans des conditions inadaptées. Les conditions de la demande et son caractère spontané vont ajouter à cette contrainte ressentie. On pourrait parler de contrainte molle, elle n'est pas dite, ni totalement assumée mais elle reste omniprésente.

Dr.LASSERRE évoquait le concept de double contrainte(23).La relation affective rendait moralement inacceptable le rejet de l'autre que constituait un refus de soins, mais la qualité des soins pouvait en être diminuée par manque d'objectivité, ce qui était inacceptable sur le plan professionnel. Les deux positions semblaient incompatibles, ce qui rendait le médecin généralement frustré qu'il ait décidé de répondre favorablement ou non à la demande.

L'interne est vu comme une figure rassurante, le proche vient de façon spontanée se confier à

lui sur sa santé. Le proche accorde une confiance particulière à l'interne et parfois le besoin d'être rassuré sur une prise en charge en cours motivait des sollicitations(4)(25)(26). Bien connaître le patient permet d'aborder le problème différemment et peut parfois être un avantage pour l'alliance thérapeutique. Plusieurs internes ont noté que la qualité des soins peut être améliorée par une meilleure connaissance de ses proches et un investissement temporel accru.

Libéré de la contrainte de la consultation, la demande informelle permet plus de liberté, la possibilité de prendre son temps et d'effectuer des recherches plus approfondies. Cela est à double tranchant car la complicité qui lie l'interne à son proche peut mettre à défaut la prise d'information, l'interne et le proche pensant parfois que les informations étaient déjà connues ils omettent d'en faire part à l'autre.

L'interne qui rend service à son proche va développer une complicité particulière et le lien affectif peut être renforcé(4,27). La multiplication des demandes va parfois mener l'interne devoir s'éloigner des personnes demandeuses, la relation avec le proche va en pâtir.

Naturellement, l'interne est positionné en tant que soignant en plus de sa position de proche. Il a une place de choix auprès de sa famille, ce qui témoigne de la confiance que son entourage lui accorde. Il est parfois plus facile de se livrer et d'accéder à l'interne qu'à l'équipe soignante(27). Mais souvent, l'interne a l'impression qu'il est sollicité uniquement pour sa facilité d'accès et non pas pour ses qualités de médecin, ce qui peut le frustrer, le vexer et lui donner l'impression d'être utilisé par ses proches.

Dans cette relation, il y a parfois un changement identitaire et un renversement d'autorité difficile à gérer qui peut se répercuter sur les relations non médicales (8) et dans notre cas sur l'éducation thérapeutique. Il est plus énergivore d'expliquer ou de corriger plutôt que d'accepter une demande ou une fausse affirmation de son proche. L'interne va parfois se faciliter les choses en négligeant l'éducation thérapeutique.

Quand il soigne ses proches, l'interne se sent investi d'une mission qui dépasse l'obligation de moyen, nous sommes plutôt sur une obligation de résultats ce qui va être responsable d'une pression accrue. On retrouvait un sentiment **d'obligation de réussite**, la peur de décevoir, la peur de commettre des erreurs chez les internes(4). La peur de l'erreur ne s'arrange pas avec l'acquisition d'expérience. Des internes initialement d'accord pour prendre en charge leurs proches sont devenus plus frileux parfois par suite mauvaises expériences. Les internes craignaient de porter la **responsabilité** de décisions médicales pour leurs proches, par peur d'une évolution défavorable et des conséquences sur leur relation avec le proche concerné(4).

Les internes tiennent à leur statut et à garder une certaine crédibilité auprès de leur entourage, accepter de soigner ses proches c'est accepté de se tromper et d'entacher sa crédibilité (4). Cette surpression liée à l'affect et la perte d'objectivité risque d'exposer le proche à des erreurs médicales. Des erreurs qui peuvent mener à un retard de prise en charge dans des situations qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital(28).

L'erreur médicale est une réalité : l'HAS dans son 6<sup>e</sup> bilan annuel des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) avance le nombre de 2385 EIGS déclarés en 2022. L'HAS précise aussi que cela reste très en-deçà du nombre réel d'EIGS survenant en France. (29) Le risque de commettre une erreur serait bien plus grand lors du traitement d'un membre de sa famille que lors du traitement des autres patients(30) .

### b) Manque d'objectivité

Pour le comité d'éthique de l'American College of Physicians (ACP), parfois le degré d'intimité était trop élevé pour prendre en charge le proche et c'était le cas quand le médecin était trop proche émotionnellement(31).

Le **manque d'objectivité** modifiait également l'écoute et l'interprétation des plaintes du proche, ainsi certains internes perdaient leurs moyens. (4,30)

On remarque que l'interne redoute une minimisation des symptômes, voire un déni et dans les faits il y a une sensation d'hypertrophie du sentiment de réassurance et atrophie du sentiment d'alarme quand il prend en charge ses proches.(28) L'interne dans ses pratiques redoute de perdre sa capacité de raisonner quand il s'agit de soigner un proche. Il redoute de manquer d'objectivité et que sa prise en charge en soit impactée.

C'est ici un défi pour l'interne : garder son objectivité ou à défaut repérer son manque d'objectivité afin de mettre en place les correctifs nécessaires. Pour des situations comme la prescription de traitements sensibles (antalgique opioïde, anxiolytique) ou d'arrêt de travail la prise de position est plus aisée car plus tranchée que pour des situations qui sont plus banales.

Il est essentiel de traiter ses proches avec le même niveau de compétence professionnelle que l'on appliquerait à tout autre patient(2). C'est l'idéal partagé par les internes de notre étude, mais dans les faits, c'est plus nuancé.

La consultation est informelle ne se fait que partiellement, avec des questions volontairement omises, un examen bâclé ou inexistant, dans un cadre inadapté (impossibilité de s'isoler de l'entourage, pas de matériel, contrainte temporelle)(32)/ Nous avons fait face à une pauvreté clinique, l'examen clinique se limitait en général à des zones ciblées, non intimes quand il avait lieu(4).

La pudeur qu'il peut y avoir avec son proche va être un facteur de malaise dans la consultation et peut altérer la qualité des soins par une rétention d'information du proche ou par un manque de questionnement par l'interne(4,33). La pudeur touchait aussi bien la partie physique de l'examen avec notamment les pathologies liées à l'intimité physique, ce thème revenait aussi auprès de nos internes avec en caricature de la demande la plus extrême la demande gynécologique chez la femme et proctologique chez l'homme. Les pathologies plus lourdes, chroniques (cancer, psychiatrie, démence) qui ne semblent pas si intime vont de par

leur nature s'immiscer dans le quotidien du patient et vont mettre même indirectement l'interne face à des problématiques plus intimes. Ainsi, les internes refuseront régulièrement de suivre leurs proches et surtout pour des pathologies lourdes.

Les internes qui examinaient rigoureusement leurs proches étaient ceux qui en avaient la capacité et aussi l'envie. Il fallait recevoir le proche pendant un remplacement. Aucun interne n'a reçu de proches sur son terrain de stage.

Par ailleurs, dans cette relation il existe une réelle confusion des rôles ; il est difficile pour le patient de voir ce proche comme un médecin puisque c'est avant tout son père ou son oncle et inversement, avec la crainte de perturber cette relation affective préexistante à cette relation de soin (19). Cette position est partagée par les internes interrogés par Dr. Marin beaucoup ont eu des difficultés à **se situer entre les positions d'interne et de proche**, qui sont parfois en opposition (4). La solution proposée par les internes était de prendre assez de recul sur la situation et de distance avec le proche pour y voir plus clair. Qu'il accepte ou refuse de prendre en charge on retrouve une perte de spontanéité et en découle une peur de dénaturer la relation non médicale avec le proche.

### c) Difficultés, désagrément

La majorité des internes ont annoncé que la principale difficulté rencontrée au cours de ce suivi était leur manque d'objectivité et l'implication de leur affect (32). En effet, cela va engendrer une cascade d'évènements.

L'implication est parfois mal vécue, l'implication tacite de l'interne le mène en première ligne sur des situations délicates sur lesquelles il ne souhaitait pas intervenir en tant que soignant.

Que ce soit en termes d'horaire ou de lieu **l'espace vital** de l'interne n'est pas respecté et il le déplore. La demande du proche est souvent intrusive, on ne demande pas si l'interne est disponible pour répondre, on retrouve ce comportement plus fréquemment chez la famille proche. Dans la thèse de Bonvalot 86% des soins dispensés aux proches se produisent hors des heures normales de consultation, et 70% se déroulent en dehors du cadre professionnel du cabinet (34).

Cette attitude est ressentie comme éprouvante, l'interne n'ayant que peu de répit. Sachant que le temps de travail des internes de médecine générale sur leur lieu de stage est déjà de **52,2 heures par semaine en moyenne, auxquelles viennent s'ajouter les heures de cours. Rappelons que** le maximum légal de 48 heures (35). La demande du proche va venir se surajouter et surcharger encore plus l'interne.

Dans une étude 105 médecins sur 186 sont favorables à la prise en charge de leurs proches, 65 s'y opposent et 15 ont répondu « **oui et non** » (36). Refuser systématiquement pourrait par

réaction extrême, conduire les proches à ne plus informer le « médecin proche » de leurs problèmes médicaux, isolant le praticien du reste de la famille, tenu à l'écart de la santé de ses proches (37). Les internes, même s'ils refusent d'intervenir, souhaitent garder **un œil sur la prise en charge de leurs proches**(4).

Les jeunes médecins venant de s'installer refusent dans un premier temps de soigner leurs proches, mais apportent tout de même des nuances par la suite. La nouvelle génération semble plus réticente à soigner ses proches et paraît plus sensible aux problématiques posées du fait de l'évolution des pratiques, de la formation reçue et des efforts de sensibilisation(28)(38).

L'interne ne va pas oser refuser une demande à son proche compte tenu par exemple du caractère relativement urgent, de la détresse du proche, la contrainte ressentie, l'absence de solution alternative convenable, l'envie d'aider : tout cela va venir interférer avec la nécessité de refuser certaines demandes qui risquent de le mettre en difficulté sur le plan moral voire même juridique.

L'interne peut tirer une fierté et être gratifié par son entourage, ce qui pourrait le pousser à ne pas refuser certaines demandes. 46% des médecins interrogés par Vallerend ont ressenti de la satisfaction à soigner leurs proches.(8)

## B)Attitude de l'interne

### a) Diplomatie

Le refus direct semble dur à assumer pour l'interne, son attitude sera donc de répondre à son proche tout en ne reniant pas ses principes notamment d'objectivité et de neutralité. Il peut proposer une solution alternative qui serait un compromis entre la demande et les principes de l'interne. L'interne peut utiliser des stratégies moins honnêtes afin de refuser de façon d'apparence justifiée la demande de soins gênante. L'absence de lieu de consultation ou l'absence d'ordonnancier ont été des stratégies d'évitement utilisées par nos interrogés, mais ils sont bien conscients que ça ne durera pas indéfiniment comme leur statut d'interne. L'éloignement géographique argumentait et facilitait le refus(4). Parfois, l'interne ne répond pas ou avec un délai surtout quand il s'agit de demande à distance afin de décourager son proche.

L'orientation vers le médecin traitant, un confrère spécialiste ou un service d'urgences est souvent une solution proposée à bon escient mais parfois utilisée pour se dédouaner d'une situation qui risque d'être compliqué à prendre en charge sur le plan non médicale

Le proche sait aussi faire preuve de persuasion pour avoir ce qu'il souhaite de l'interne, on se retrouve parfois les deux protagonistes dans un bras de fer. Le conflit avec le proche est une chose qui est redouté par certains internes. Le principe d'objectivité étant pour eux primordial,

si le proche ne souhaite pas le respecter, la préservation de cette relation ne sera pas recherchée même s'ils considèrent que cela reste regrettable.

### b) Modification de la prise en charge

Parfois, le médecin répond à la demande malgré son manque d'objectivité ce qui va mener à une prise en charge différente.

Toute la difficulté est de repérer soi-même ses limites et de passer la main aux confrères avant de tomber dans une prise en charge qui risque de nous dépasser sur le plan émotionnel. Nos internes sont plutôt précautionneux sur ce plan et évitent de se mettre en difficulté. Ils adoptent une attitude semblable aux médecins de DELMAS(28).

Il y a un manque d'implication sur les pathologies grave : l'interne est d'accord de gérer des demandes qui ne l'engage pas, dès lors que son intervention reste ponctuelle. Il refuse de devenir le médecin traitant de son proche (4). Il souhaite plutôt dépanner avec une prescription, un avis ponctuel pour des pathologies d'allure bénigne et pas de positionnement strict comme soignant (28). Nos résultats sont en accord avec ceux du Dr Peltz-Aim qui décrit que les médecins donnent des conseils à leurs proches, mais où le suivi est remis en question(20).

L'accessibilité aux soins des proches peut être un facteur déterminant à l'acceptation ou au refus d'une demande. Les internes ayant des demandes venant de proches en zone sous dotée en médecin ont été plus indulgent et compréhensif.

Nos internes disent craindre de tomber dans les deux extrêmes, le catastrophisme et la sous-estimation. On retrouvait cette peur semblable chez un médecin de B. **Joffre Berthomme** : « On est cependant parfois hésitant sur la conduite à tenir car on craint de ne pas faire assez, ou inversement de dramatiser » (36). L'interne pourra faire jouer ses relations pour accéder à la demande de son proche. Les proches ont parfois un traitement de faveur, avec un interne qui va user de son réseau pour accéder plus facilement à des consultations spécialisées (20) ou des examens parfois invasifs et non justifiés. Ces inquiétudes sont à relativiser car la qualité des soins est parfois meilleure quand le médecin est un proche surtout au niveau du suivi et de la réévaluation (19,36).

Les internes ont confiance au médecin traitant de leurs proches. Ils orientaient facilement vers lui, ils faisaient preuve de confraternité(38) et ne souhaitaient pas interférer dans les prises en charge en cours(19,20,31). L'interne considère que la multiplication des interlocuteurs et la décentralisation de l'information risquent d'être une perte de change pour son proche. L'interne peut servir d'intermédiaire avec les soignants, il retranscrit les informations des 2



cotés et peut devenir malgré lui décideur pour son proche auprès des soignants, parfois sous la pression de son entourage avec toute la charge qui en incombe. L'interne a parfois ressenti une certaine méfiance envers les diagnostics émis par l'équipe soignante, quand c'était le cas cela a renforcé le lien de l'interne avec son entourage.

### C) Particularités de l'interne

#### a) Inexpérience

Son inexpérience va le mettre face à des situations parfois inédites qui vont lui faire peur ou attiser sa curiosité médicale. L'interne a apprécié être mis au défi dans certaines prise en charge, il était surinvesti pour leurs proches. Son manque d'expérience peut se traduire par un manque de confiance qu'il l'interprète comme une perte de chance considérant qu'il n'est pas le médecin le plus compétent pour son proche. Dans le travail de Lhote, il semblait que l'expérience aidait à améliorer la prise en charge des pairs, les médecins expérimentés étaient plus sereins(39). Dans notre thèse, l'acquisition de l'expérience menait à la compréhension des enjeux au décours, ce qui poussait parfois l'interne à mettre une distance plus grande avec son proche et à refuser avec plus d'aisance les demandes sur lesquelles il n'est pas à l'aise mais aussi répondre de façon plus satisfaisante aux demandes qu'il souhaite traiter. On a aussi retrouvé le cas où l'acquisition d'expérience et de confiance en soi a permis à l'interne de s'ouvrir aux demandes de ses proches.

#### b) Cadre inadapté

Pourquoi le cadre de réponse à la demande a une importance capitale dans la relation de soins ? Comme disait M7, la blouse c'est l'apparence. Le déroulement de la consultation dans un lieu adapté aux soins va permettre d'instaurer la distance pour sortir de la relation médecin-« proche patient » nécessaire au bon déroulement de la prise en charge et ainsi garder intact son raisonnement (20). Si on donne à la demande une apparence de consultation médicale, chacun gardera son rôle. Comme rapporte l'un des médecins dans le travail de Joffre Berthomme, il accepte de traiter ses proches « A condition de se mettre dans les conditions normales d'exercice ». Cela qui prend en compte la prise de rendez-vous, l'examen complet. On pourrait aussi y ajouter le paiement des honoraires(36). Delvas retrouvait ces mêmes facteurs limitant et pointait cette absence de cadre physique et psychique (confusion de rôles) qui est le terreau de la survenue d'évènements indésirables(28). Ces études nous montrent qu'il faut un cadre pour que la demande du proche soit prise en charge de façon optimale.

Dans son travail, Dr.Launoy nous rappelle que « l'interne est sous la responsabilité du sénior, il ne peut pas réaliser d'ordonnances pour ses proches en l'absence de l'accord de son responsable. », il y avait de réelles lacunes sur l'aspect juridique de la question(27). Nos internes quant à eux semblaient plus expérimentés notamment avec une activité de remplacement sont plus au courant de l'aspect médico-légal de la prise en charge du proche et n'hésitait pas à refuser de prescrire en dehors des moments de remplacement. L'interne ne veut pas se mettre en péril sur le plan éthique ou légal pour faire plaisir à son proche. Il est difficile de défendre légalement les prescriptions faites de manière informelle à des proches,

en raison de leur apparence souvent douteuse et de leur manque de documentation appropriée(22). En ce qui concerne les médecins interrogés par Bonvalot, 81% avaient un dossier médical pour leurs proches, mais il s'agissait de médecins installés et donc sans les mêmes contraintes technique(34).

En France, le dossier médical est obligatoire seulement pour les établissements d'hospitalisation publics ou privés. En médecine de ville, la situation est beaucoup moins précise. Il n'existe pas d'obligation légale de constituer et de tenir un dossier médical. Le code de déontologie prévoit que le médecin doit tenir, une fiche d'observation actualisée pour chaque usager(40).

Le paiement vient formaliser la demande et il permet de mettre une distance nécessaire avec le proche. Nos interrogés ne réclamaient pas de paiement pour la plupart car on ne fait pas payer sa famille ou ses proches, même si un interne mettait en avant que « chaque travail mérite salaire » il ne le faisait pas par principe ou peut être face à un manque de légitimité face à une consultation incomplète. Tous les médecins interrogés par HANEL « s'accordaient sur la gratuité des actes médicaux qu'ils réalisaient sur leurs propres enfants »(32). Dans une autre étude,92% des consultations pour leurs proches étaient gratuites(34).

Quand la demande est faite dans le cadre d'une consultation au cabinet , l'interne était dans son rôle et le patient aussi, donc le paiement a été demandé et fait. Après recherche, on ne retrouve pas de conditions particulières à la facturation et au remboursement des actes médicaux faits aux proches en France, contrairement à l'AMC (*l'Association médicale canadienne*) qui conseille de ne pas facturer aux proches(41). Aux Etats-Unis, Medicare ne remboursaient pas les actes faits à un proche(42).

### c) Recommandations

Pour ne pas être pris au dépourvu, les internes conseillaient de faire un travail préparatoire en informant le proches de son positionnement avant même que la demande ne se fasse, et de créer une délimitation entre la cadre professionnel et l'espace privé(19) : ne pas aller au-delà de ses limites et contre ses principes, de se protéger eux même dans un premier temps. Les internes vont conseiller de refuser les demandes qui risquaient de les mettre mal à l'aise (43). Rester objectif et orienter efficacement dès lors que la situation risque d'altérer notre raisonnement. Les internes de notre étude n'hésitaient et conseillaient pas à orienter vers des confrères quand la situation était potentiellement grave(27).L'intervention de l'interne plus de l'ordre de l'exception que la règle.

Les internes conseillaient d'accepter les options qui étaient « à faible risque », c'est à dire se limiter aux conseils, aux orientations et à l'éducation thérapeutique comme dans d'autres travaux(4,43). Ils conseillaient également de respecter le travail du médecin soignant, Enfin certains recommandaient de rester en retrait, et de garder sa position de proche. Se proposer en tant que conseiller et soutien plutôt que de se positionner en tant que de soignant surtout face à l'équipe médicale afin de ne pas multiplier les rôles(37).

Ce qui reste le plus remarquable, mais néanmoins attendu, c'est que tous nos internes conseillent des choses qu'ils n'arrivent pas à appliquer avec leurs proches.

### **3. Limitations**

#### A) Population

Plusieurs internes avaient terminé leur maquette de formation et avaient une certaine expérience en tant que remplaçant, pour certains presque 2 ans, ce qui peut nous questionner sur leur statut strictement d'étudiant.

#### B) Biais de recrutement

L'essentiel du recrutement s'est également porté sur mon entourage et sur des internes recommandés par mes proches. Ce biais de recrutement est conscient et orienté. Les entretiens étant longs – en moyenne 42 minutes – et potentiellement émotionnellement impliquant, le nombre d'internes volontaires était limité. J'ai donc eu à faire aux internes les plus impliqués et motivés concernant cette problématique.

#### C) Biais déclaratifs

Il y a une absence possible d'exhaustivité dans les réponses des interrogés compte tenu du caractère intime du sujet abordé. La remémoration de certaines situations peut être compliquée et donc mise de côté. A noter qu'aucun interne n'a utilisé la *trigger card*.

Le fait d'être interrogé par un co-interne, étant parfois une connaissance, pourrait induire une peur d'être jugé sur la pertinence ou la moralité des décisions prises en tant que médecin.

#### D) Biais de mémorisation

Malgré des questions ouvertes et pensées pour ne pas être orientées, l'interrogé a potentiellement été guidé par la trame de mon questionnaire et a pu faire l'impasse sur une partie de son récit. Cette influence, inévitable et nécessaire, a permis de structurer les échanges pour en sortir un maximum d'informations pertinentes.

#### E) Biais d'interprétation

Malgré une triangulation pour amoindrir la subjectivité de l'interprétation des résultats, ce biais reste inhérent à la méthode choisie. La saturation des données semble atteinte dès le 9<sup>ème</sup> entretien, mais il est fort probable qu'en réalisant de nombreux autres nous aurions de

nouvelles notions.

#### F) Biais d'investigation

Les premiers interrogés n'ont pas bénéficié de la même qualité d'entretien que les derniers comptes tenus de mon acquisition d'expérience. Il y a pu avoir un biais d'intervention quand je devais notamment recentrer l'interne sur la thématique.

#### **4. Forces**

La recherche qualitative permet de recueillir et analyser les éléments non quantifiables, telles qu'une expérience, un vécu, une émotion. Elle est couramment utilisée en sociologie et de plus en plus souvent employée en médecine générale (44). Elle cherche à comprendre pourquoi le sujet a présenté un comportement.

Les entretiens sont faits jusqu'à la saturation des données. La population étudiée n'est pas représentative de la population générale car ce n'est pas ce que l'on recherche dans ce type d'étude. Les entretiens semi-dirigés permettent de verbaliser le vécu et les émotions de façon libre et anonyme : la méthode qualitative est la plus adaptée pour répondre à cette question(44)(45).

A l'heure actuelle, il s'agit de la première thèse des Hauts de France questionnant les internes de médecine générale sur leurs ressentis en rapport à cette problématique. La majeure partie des autres thèses concernent le vécu des docteurs en médecine générale ou autres spécialités en France ou à l'étranger. Comme l'a montré la recherche bibliographique, il n'y a eu que peu de travaux sur ce sujet.

**L'échantillon** est varié avec des internes femmes et hommes, des âges différents, promotions, avec un entourage familial médical ou pas, mais tous ayant une certaine expérience c'est-à-dire post ou per SASPAS et une activité urbaine rurale ou mixte.

Le **guide** d'entretien permet à partir d'un ensemble de questions ouvertes de nous guider vers les sujets à aborder tout en laissant une liberté d'expression à l'interrogé, le guide s'est enrichi de nouvelles questions ouvertes au fil des interviews.

Les entretiens ont été riches avec une moyenne de **42 minutes** d'entretien. La **saturation** des données a été atteinte au 9ème entretien et un 10ème entretien a été réalisé pour confirmer cette saturation. Les **critères de scientificité** (Les critères du COREQ) relatifs aux études qualitatives ont été respectés au maximum afin de renforcer la validité interne de ce travail (ANNEXE 3).

Une **triangulation** des chercheurs a été réalisée par Mme CHRAA Aurélie, afin de limiter au

maximum la subjectivité de l'investigateur et les données ont été codées et analysées par deux chercheurs indépendants. Les deux codages réalisés indépendamment étaient cohérents.

**L'anonymat** des internes a été respecté, les noms ont été retirés et ainsi que les lieux de stages ou de remplacement parfois évoqués. Les enregistrements ont été détruits à la fin de la recherche. Chaque participant a reçu par mail son entretien retranscrit afin qu'il puisse juger si la retranscription de l'entretien était bien accord avec les idées et ressentis qu'il a exprimé.

Ce travail met en évidence un besoin des internes de sensibilisation et de formation au soin des proches. Cette formation pourrait intégrer un rappel le cadre législatif, repérer quand le raisonnement s'altère à cause de l'affect et des mises en situation sur comment aborder le refus de soins avec le proche à l'aide des travaux déjà effectués par EASTWOOD (ANNEXE 4) et LA PUMA (ANNEXE 1).

## 5. Conclusion

Chaque médecin sera confronté au moins à un moment de sa vie aux problèmes de santé de son entourage. De par son manque d'expérience médicale et dans la gestion de sa relation avec ses proches, l'interne risque de tomber sur des situations inconfortables, inédites et délicates à gérer.

Le positionnement des internes est diversifié et va dépendre des différentes variables. Nous avons pu en identifier certaines :

- La nature de la demande avec des facteurs limitant repérés (demande ressentie imposée, complexité, intimité, placement en tant que soignant, moment inapproprié, répétition...)
- les caractéristiques intrinsèques du demandeur (histoire de vie, hypocondrie, représentation...)
- les caractéristiques intrinsèques de l'interne (expérience, aisance, avis préalable sur la question du soin du proche, champ de compétence et d'action) ;
- l'environnement commun (peur du jugement, peur de l'erreur, devoir familial...)
- le cadre (physique de la demande, législatif, médico-légal) ;
- la nature de la relation et le lien affectif qui relie les protagonistes (la capacité à mettre une distance, sentiment de redevabilité...).

Le schéma en **ANNEXE 5** sous forme d'un schéma d'optique permet de visualiser les étapes de la demande par le proche. En amont de la demande il y a déjà un travail de fixation de limites, d'éducation. La demande passe par la lentille de l'interne et secondairement passe par le prisme du proche qui vient disperser la demande comme la lumière blanche en une multitude de réponses possibles. C'est à l'interne grâce à ses connaissances, son objectivité et son filtre professionnel de trouver la réponse la plus adaptée.

A partir de ces variables, l'interne doit être capable de donner une réponse adaptée qui fera l'unanimité ou pas et qui peut être ressentie comme source de tension dans la relation.

Le souci d'objectivité fait souvent écho lors des entretiens. On remarque que les internes ont comme idéal et pour volonté une prise en charge du proche identique à celle d'un patient lambda, mais on fait souvent face à une dissonance cognitive avec des discours qui viennent contredire rapidement cette théorie. Chaque situation va être considérée comme unique étant donné le nombre de variables qui entre en jeu, la plus difficilement gérable étant l'émotionnelle. Elle va mener à l'incapacité de l'interne à prendre la distance nécessaire va brouiller son raisonnement clinique.

Les internes sont réticents à suivre leurs proches, la possibilité d'erreur médicale ou d'annonce diagnostique grave, d'impact sur la relation leur est insupportable. L'interne va de préférence intervenir ponctuellement pour son proche pour des demandes mineurs qui ne l'engage que peu sur le plan émotionnel, tout en évitant d'interférer avec le suivi en place ou même se positionner en tant que soutien plutôt qu'intervenant.

La charge mentale de l'interne est parfois ressentie comme intense, souvent non partagée avec le proche et souvent motivée uniquement par la simplicité du recours à l'interne. L'interne y voit rarement des avantages pour lui-même et ressent plutôt une relation avec des avantages à sens unique pour le proche, ce qui va amener certains internes à s'intéresser le moins possible à la santé de leurs proches avec parfois l'utilisation de subterfuges pour esquiver les demandes. Toutefois, il peut aussi voir l'occasion de se mettre au défi, de s'enrichir de nouvelles expériences, d'éclaircir ses limites personnelles et de rendre service à ceux qu'il apprécie.

Les internes interrogés vont conseiller des choses qu'ils n'arrivent pas à mettre en place pour eux-mêmes, car l'interne est un médecin en construction et c'est aussi au fil de ses expériences, même compliquées, qu'il va se forger et apprendre à mettre en place ce qu'il faut pour préserver son intégrité et celles de ses proches.

Nous n'aurons pas de vérité générale à fournir concernant cette question du soin au proche, mais il serait important de sensibiliser les futurs docteurs face à cette situation complexe et inéluctable.

En suggestion, pour des recherches futures, nous pourrions faire une comparaison entre un médecin non proche et un médecin de l'entourage sur une prise en charge similaire. Il serait également possible d'analyser si, une fois devenu docteurs, et avec plus d'expérience, ces mêmes internes répondent différemment aux demandes de soins de leurs proches.

## **Bibliographie**

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

2. Eastwood GL. When Relatives and Friends Ask Physicians for Medical Advice: Ethical, Legal, and Practical Considerations. *J GenIntern Med.* déc 2009;24(12):1333-5.
3. Rase M. Face à la demande de soins de nos proches. [Maîtrise complémentaire en médecine générale]. Université Catholique de Louvain, Belgique, 2010/2011.
4. Marin Marin L. Positionnement des internes en médecine générale face aux problèmes de santé de leurs proches. Enquête quantitative et qualitative auprès des internes du département de médecine générale de Paris-Diderot. [Thèse de doctorat] Paris : Université Paris-Diderot ; 2013.
5. Aguillon S, Marre Petit-Castagnet J, Alric JP. Qui soigne les médecins généralistes et leurs proches ? : thèse qualitative en " focus group " dans le Lot [Internet]. Toulouse, France: Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2016 [cité 6 févr 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1023/>
6. Cart S. Vécu des médecins généralistes et des pédiatres du Nord-Pas de Calais en tant que soignant de leur famille [Internet]. Université Lille 2 Droit et Santé; 2014 [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-3757>
7. Makovec T, Galam É. Positionnement des internes de médecine générale face aux problèmes de santé de leurs proches. *Médecine.* 1 févr 2019;15(2):72-9.
8. VALLEREND V. Quand le médecin généraliste soigne sa famille: enquête en BasseNormandie. Thèse d'exercice : Médecine : Caen : 2009.
9. Ethical guidance [Internet]. 2022 [cité 26 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors>
10. Treating Self or Family | AMA-Code [Internet]. 2024 [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/treating-self-or-family>
11. Sous-section 2 : Statut des internes (Articles R6153-2 à R6153-40) - Légifrance [Internet]. 2023 [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196817/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196817/)
12. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 18 avr 2024]. Article 6 - Libre choix. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-6-libre-choix>
13. Sous-section 1 : Devoirs généraux des médecins. (Articles R4127-1 à R4127-31) - Légifrance [Internet]. 2023 [cité 5 févr 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196408?init=true&page=1&query=Article+R4127-6+-+Code+de+la+sant%C3%A9+publique&searchField=ALL&tab\\_selection=all&anchor=LEGIARTI000006912867#LEGIARTI000006912867](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196408?init=true&page=1&query=Article+R4127-6+-+Code+de+la+sant%C3%A9+publique&searchField=ALL&tab_selection=all&anchor=LEGIARTI000006912867#LEGIARTI000006912867)
14. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 18 avr 2024]. Article 7 - Non discrimination. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-7-discrimination>

15. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 18 avr 2024]. Article 9 - Assistance à personne en danger. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-9-assistance-danger>
16. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 18 avr 2024]. Article 47 - Continuité des soins. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-47-continue-soins>
17. Rey-Bellet S, Zürcher M, Martin S, Michaelis-Conus K, Redondi PY, Vannotti M. Comment commencer l'entretien médical ? Réflexions sur la phase sociale à partir d'enregistrements vidéo. Rev Med Suisse. 13 févr 2008;144(6):418-21.
18. DAGNICOURT P. Soigner ses proches, une attitude à raisonner? Réflexion sur les interférences entre la relation de soin et la relation préexistante par enquête qualitative. Thèse d'exercice : Médecine : Angers : 2012.
19. PELTZ-AIM J. Comment les médecins se positionnent-ils vis-à-vis des maladies de leurs proches ? Thèse d'exercice : Médecine : Paris : 2012.
20. Article R1112-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. 2024 [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032926037](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032926037)
21. MOSSMAN D. Should you prescribe medications for family and friends? CurrentPsychiatry 2011 ; 10 (6) : 41-51.
22. Cornec-Lasserre S. Soigner ses proches en tant que médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2005.
23. Lefranc AC. Le médecin généraliste face à la santé de ses propres parents, père et mère : son positionnement, ses difficultés, son ressenti. 30 mars 2017;63.
24. CASTERA F. Le médecin généraliste, médecin de sa famille?: enquête auprès de 100 médecins généralistes installés en Haute-Garonne sur les soins apportés à leurs proches. Thèse d'exercice : Médecine : Toulouse : 2005.
25. Boscherel ÉP, Toumelin S. La prise en charge médicale de la famille du médecin généraliste (conjoint et enfants) [thèse d'exercice, médecine]. Université Rennes 1, 2008.
26. Launoy A, Beaujouan S. L'influence du lien affectif sur la relation médecin malade lorsqu'un interne soigne ses proches [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://books.google.fr/books?id=51V7zgEACAAJ>
27. Ressentis et attentes des patients soignés par leur proche-médecin. Enquête qualitative auprès de 12 proches de médecins généralistes en région Rhône-Alpes. Thèse de Médecine. Lyon, 2015.
28. Delmas V. Soigner ses proches: une erreur ? [Thèse d'exercice]. [Lyon ; 1971-....., France]: Université Claude Bernard; 2014.
29. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 26 avr 2024]. Semaine de la sécurité des patients 2023 : la HAS publie le 6e bilan annuel des EIGS. Disponible sur: <https://www.has->



sante.fr/jcms/p\_3296748/fr/semaine-de-la-securite-des-patients-2023-la-has-publie-le-6e-bilan-annuel-des-eigs

30. Mailhot M. Caring for our own families. *Can Fam Physician Med Fam Can.* mars 2002;48:546-7, 550-2.
31. Carroll RJ, Tulsy JA, Shuchman M, Snyder L. eweb:199431. 1999 [cité 20 avr 2024]. Should Doctors Treat Their Relatives? Ethics Case Study. Disponible sur: <https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/920690>
32. Hanel P. Comment les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais soignent-ils leurs propres enfants ? [Internet]. Université de Lille; 2021 [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-33133>
33. Schneck, S.A., « Doctoring » doctors and their families. *Jama*, 1998. 280 (23): p 2039-42.
34. Bonvalot V. Médecin traitant de sa propre famille: différences de pratique dans la relation thérapeutique intrafamiliale [Thèse d'exercice]. [1969-2011, France]: Université Aix-Marseille II; 2009.
35. ISNI. Enquête - Temps de travail des internes [Internet]. ISNI. 2020 [cité 10 janv 2024]. Disponible sur: <https://isni.fr/enquete-temps-de-travail-des-internes/>
36. JOFFRE BERTHOMME B. Quels médecins pour les enfants de médecins généralistes ? A propos d'une enquête réalisée auprès de 186 médecins généralistes libéraux du Rhône. Thèse d'exercice : Médecine : Lyon : 2001.
37. Marion Beguin. Synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin à une demande de soins venant d'un de ses proches. *Médecine humaine et pathologie*. 2013.
38. Aboff BM ; Collier VU; Farber JN, et al. Residents' Prescription Writing for Nonpatients. *JAMA*. 2002;288(3):381-385.
39. Lhote M., Soigner un médecin malade: quelles spécificités? Etude qualitative auprès de médecins franciliens, 2011, Université Paris 7- Denis Diderot.
40. Pelletier S. Le dossier médical. *J Droit Jeunes*. 2003;223(3):15-9.
41. ACPM [Internet]. [cité 26 avr 2024]. Traiter les membres de la famille ou les amis : Connaissez-vous les règles de l'art? Disponible sur: <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2014/know-the-rules-avoid-the-risks-treating-family-and-friends>
42. Latessa R, Ray L. Should You Treat Yourself, Family or Friends? *Fam PractManag*. mars 2005;12(3):41-4.
43. Fromme Ek, Farber N.J., Babbott S.F., Pickett M.E., Beasley B.W., What do you do when your loved one is ill? The line between physician and family member, *Annals of internal medicine*, 2008.149(11): 825-829.
44. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative Analyser sans compter ni classer. 1e éd. Louvain-la-Neuve: De boeck supérieur ; 2016. (Coll. Méthodes en sciences humaines).

45. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19.

## ANNEXE 1

### Seven questions that physicians should ask themselves when considering providing care for relatives

Excerpted from « Is there a Doctor in the house? » LA PUMA J. et PRIEST R., 1992

- 1- Am I trained to meet my relative's medical needs?
- 2- Am I too close to probe my relative's intimate history and physical being and to cope with bearing bad news if need be?
- 3- Can I be objective enough to not give too much, too little, or inappropriate care?
- 4- Is medical involvement likely to provoke or intensify intrafamilial conflicts?
- 5- Will my relatives comply more readily with medical care delivered by an unrelated physician?
- 6- Will I allow the physician to whom I refer my relative to attend him or her?
- 7- Am I willing to be accountable to my peers and to the public for this care?

## ANNEXE 2

Présentation et questionnaire final.

Le but de ma thèse est d'analyser les relations entre les internes et leurs proches. L'entretien qui suit va explorer ton expérience dans ce type de situation où le patient est un proche.

*Ai-je votre accord pour l'enregistrement de cet entretien afin de traiter au mieux vos réponses, les informations étant anonymes ?*

*Si à un n'importe quel moment tu te sens mal à l'aise tu peux lever cette carte et on changera de sujet sans avoir besoin de t'expliquer.*

**Peux-tu te présenter ?**

**T'es en stage actuellement ? si oui où ? Sinon que fais-tu ?**

**Y a-t-il des médecins dans ta famille ?**

**Selon toi c'est quoi un proche ? Toute la famille ? Quels amis ? Type de relation ?**

**As-tu déjà été sollicité par un proche en tant que médecin ?**

*Si oui, pourrais tu me donner un exemple ?*

**Comment ça s'est passé ? Tu as fait quoi ? C'était grave ? Tu as eu le fin mot de l'histoire ?**

*Comment te sentais-tu avant de répondre ? As-tu rencontré des soucis dans la prise en charge ? le patient t'as bien écouté ? Il a fait ce que tu as demandé ? T'a-t-il remercié ? As-tu reçu des reproches ? Cela a-t-il modifié tes relations avec lui ? Ça te peine ou pas ?*

**Quelles différences selon toi avec le fait de traiter un patient lambda ?**

*Avantages ?*

*Inconvénients ?*

**Es tu souvent sollicité ?***par qui ? depuis quand ? tu trouves ça normal ? ça t'embête ? t'aimes bien ?*

**D'après toi, est ce que le lien relationnel (le fait qu'il s'agisse de proches) modifie ta prise en charge selon le degré de proximité ?***si ce sont des amis, de la famille éloignée, de la famille proche*

**Quelles sont tes limites s'il s'agit d'un proche ?***Pourquoi ces limites là ? Quand les as-tu mises en place ? Les as tu déjà enfreintes ? pourquoi ? le regrettes tu ?*

**Réponds-tu différemment aux sollicitations en comparant avec le début de ton internat ?***Qu'est ce qui a changé et pourquoi ?*

**Quel est ton avis sur le fait de soigner un proche ?***pourquoi ? pourquoi ?...*

**Quelles seraient tes recommandations à un néo interne ?**

*Ta famille a facilement accès à un médecin ? Si oui, pourquoi ils te sollicitent toi ?*

ANNEXE 3

**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 ( <i>focus group</i> ) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
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 ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
<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 ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
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 ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
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 ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
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 ( <i>focus group</i> ) ?

**Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).**

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?
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 ?
<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>		
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 ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
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 ?

#### ANNEXE 4

Piste EASTWOOD (31) a proposé des réponses types à une demande de soins venant d'un proche :

- Oui, bien sûr, je serais ravi de t'aider mais...
- Permits-moi de m'assurer que je comprends bien ce que tu me demandes.
- Je serais ravi de continuer à être impliqué mais...
- J'aimerais pouvoir t'aider mais je t'en prie, comprends que (je ne t'ai pas examiné) (je ne suis pas cardiologue) (je ne suis pas ton médecin)...
- Je ne suis pas ton médecin, mais dans des situations comme celles là je crois que (X) est recommandé.
- Je suis désolé, mais je ne pense pas que je puisse faire ça.
- Dans ces circonstances, tu ne devrais pas compter sur moi pour des conseils médicaux.
- Je me sentrais mieux si tu demandais à ton médecin pour ce sujet.
- Je suis ton ami et il se trouve que je suis médecin, mais je pense que tu peux comprendre que c'est différent d'être Ton médecin

#### ANNEXE 5



**Alors, est-ce que tu peux te présenter ?**

Je suis M5 j'ai 29 ans je suis interne en médecine générale

**Oui, du coup tu as validé tous tes semestres, c'est ça ?**

Oui et je fais actuellement des remplacements

D'accord, OK, et là tu exerces en milieu urbain rural.

**D'accord, OK, très bien est-ce que tu as un entourage médical ?**

Non

**Alors, est-ce que tu peux me définir un proche selon toi ? C'est quoi un proche ?**

Une personne de ma famille ou un ami que je côtoie régulièrement

**D'accord, l'aspect régulier est important pour parler de proche ou un quelqu'un de ta famille éloignée,**

**tu peux le considérer comme un proche.**

L'aspect régulier est important mais dans la famille on peut se permettre d'avoir des relations moins fréquentes.

**Alors, as-tu déjà été sollicité par un proche en tant que médecin ?**

oui

**D'accord, est-ce que tu pourrais me donner un exemple ?**

Détaillé ?

**Oui, si c'est possible pour toi.**

La première situation c'est un avis pour un œdème de cheville sur lequel un diagnostic de goutte était posé mais on n'était pas sur le tableau habituel.

Le second c'était une infection gynécologique qui a nécessité un avis infectiologue.

**Ça marche, alors je vais, je vais repartir sur le premier, la première situation.**

**Alors ça, c'est ça s'est passé comment ? Comment ça s'est goupillé ? Dans quel cadre ?**

C'est simplement au décours d'une conversation.

Quand on demande comment est-ce que ça va en ce moment, la santé, les choses comme ça.

Elle a vu son médecin qui lui avait diagnostiqué une goutte mais j'y croyais pas tellement donc on a attendu pour le traitement par colchicine surtout que les posologies n'étaient pas adaptées.

J'ai prescrit une radiographie aussi qui n'avait pas été faite.

Le tout dans un cadre informel car je ne remplaçais pas en même temps

**Est-ce que tu as eu le fin mot ?**

C'était une poussée d'arthrose et là ça va mieux.

**Et comment ? Comment ça s'est passé avec ton proche ?**

**Ça s'est conclu comment ?**

Ca c'est très bien fini et oui elle m'a remercié.

**Et t'as souvent des demandes de 2nd avis comme ça ?**

Non c'est la première fois.

J'ai déjà eu des sollicitations des voisins.

Oui, je réponds, je réponds assez facilement, surtout quand c'est de la pédiatrie.

Là pour les voisins, vu que c'était de la pédiatrie et c'était un bébé en bas âge sur un week-end à chaque fois. Oui, j'ai répondais rapidement et Je me suis déplacé, faire une consultation.

**Et est-ce que t'as déjà eu des tes demandes qui t'ont à refuser de donner un avis, à prescrire quelque chose, et cetera.**

Alors , il me semble que j'ai déjà refusé de prescrire des choses.

Refus d'arrêt de travail mais je me souviens plus trop du contexte

**D'accord, et pourquoi toi, tu refuserais de prescrire un arrêt de travail ?**

Faut voir la personne et son état car c'est plus délicat. Et là il n'y avait pas de justification.

**Mais c'est l'arrêt en lui-même qui te dérange ou la demande inadaptée ?**

La demande oui c'est ca.

**Tu ne fais jamais des prescriptions par message ?**

Par message, genre chose si ca nécessite pas forcément de d'examen clinique, tu vois ça, ça rentre dans le cadre d'une téléconsultation.

D'accord.

Là ça va, tu peux prescrire mais pas à l'aveugle.

**Ok et quand tu peux pas tu fais comment ?**

Comme je ferai avec un patient en téléconsultations dire que je ne peux pas faire de prescription parce que ça a besoin d'être vu cliniquement.

Et faut que je remplace à ce moment là pour avoir des ordonnances.

Ça passe, ça passe bien en général.

**Alors d'après toi, quelles sont les différences ?**

**Entre traiter un patient lambda et un proche.**

Ne pas penser à toutes les options de diagnostic ou justement à t'affoler trop vite.

C'est un peu ça le problème, t'es un peu plus stressé quand tu gères un proche parce que tu dis que si tu fais une erreur, c'est potentiellement plus grave.

**Mais pourquoi c'est plus grave ?**

Je pense que tu es encore en contact avec la personne après et du coup si tu te trompes, je pense que je me mets plus la pression sur le fait de me tromper ou pas cibler le bon diagnostic.

**Et pourquoi le fait que ça, qu'enfin que tu sois en contact avec la personne, ça pose plus de soucis ?**

Je suis moins objective à cause de l'affect, si il arrive un malheur c'est plus compliqué à gérer, on est dans une confusion de rôle.

**Et est-ce qu'il y a des impacts sur tes prises en charge ?**

Récemment.

J'ai dû appeler l'infectiologue, je sais que le médecin qu'elle aurait consulté n'aurait pas eu le temps de faire ca et le temps d'avoir un avis spé ca peut être long. Donc le gérer moi-même c'est me rassurer que mon proche sera pris en charge de la meilleure façon.



**Ok, d'accord du coup pour toi l'offre de soins.**

**L'offre de soins joue sur ta façon de gérer.**

Oui ca modifie les choses.

Si la personne elle avait accès à tout ce qu'il faut, ouais ca serait différent.

**Tu te sens obligé ?**

Oui un peu

**Pour toi y a-t-il des avantages ou des inconvénients ?**

Plus rapide que si il va voir son médecin, son médecin traitant.

Je pense que ça, ça t'aide à le vivre bien aussi parce que tu le dis pas que ça accéléré les choses aussi. Ouais, se sentir utile quoi.

**Ok, ce que ce que tu vois d'autres choses.**

L'expérience.

Ouais.

Parce que là par exemple, j'ai eu des choses qui sortent de l'ordinaire

**Et ouais, du coup t'as demandé un avis**

**Tu t'es peut-être informé de ton côté sur la pathologie.**

Ouais, du coup.

Question de connaissance c'est intéressant

Je trouve, ça fait sortir en plus de la zone de confort aussi du cabinet.

Ça pousse un peu à se remettre en question parfois parce que tu vas chez la personne, ça fait plus comme une visite à domicile.

Et aussi dans le bain de la téléconsultation parce que par exemple, les cabinets où je remplace en ce moment il n'y en a pas.

**Du coup, point de vue de l'interne, est-ce que tu vois d'autres avantages ?**

Non

**Et le point de vue du proche, tu penses qu'il y a des avantages.**

Rapidité, gratuité.

**Et du point de vue inconvénient, pour l'interne, est-ce que tu as des inconvénients que tu peux ? tu m'as dit le manque de recul, plus stressé.**

**Plus s'il y a une erreur pour toi, ça serait considéré comme plus grave.**

Ouais. Je me poserai plus de questions, je m'en voudrais plus

Et ca prend du temps aussi.

Une journée quand t'es en train de faire autre chose, tu as une demande comme ça impromptue de soins, ca te prend pas mal de temps.

**Parce que là, la fréquence c'est de combien environ ?**

1 fois par mois sur un an, mais là récemment en fait, j'ai eu les 3.

J'ai l'impression que plus j'avance dans l'internat plus je suis sollicité.

**Tu sais pourquoi ?**

Sur certaines personnes je sais que c'est parce qu'une fois elles m'ont sollicité. Elles étaient contentes

de comment ça avait été géré, du coup elles commencent à me ressolliciter.

Comme là les histoires d'infection tout ça.

Voilà, ce n'est pas, ce n'est pas du basique, ce n'est pas un rhume, ce n'est pas une gastro.

Et pour les autres, c'est la pédiatrie.

C'est pratique d'avoir quelqu'un qui vient jeter un œil parce que le pédiatre n'est jamais disponible par exemple.

### **Mais est-ce que c'est en lien avec ton expérience ?**

Oui, je pense, parce qu'ils savent aussi que je suis en fin de cursus que je remplace.

Ouais, ils savent.

Que je remplace à plusieurs endroits sur Lille.

Que j'exerce déjà comme médecin, alors qu'avant, quand j'étais encore en stage d'interne, donc j'étais encore interne à leurs yeux.

### **D'accord, ils ont d'après toi, ils ont plus confiance en toi maintenant.**

Je pense que c'est plus une question de statut.

### **Alors, est-ce que prendre en charge un de tes proches à modifier tes relations avec lui ?**

Ça a rapproché

Confiance et ça a rapproché parce que...

C'est par le fait d'avoir été disponible, ça a un impact positif dans la relation

### **Et t'as jamais eu d'impact négatif ?**

Pour l'instant non.

### **D'après toi, est-ce que le lien relationnel que tu as avec le proche, c'est à dire le degré de proximité que tu as avec cette personne modifie ta prise en charge ?**

Je ne pense pas, je sais que je vais poser beaucoup plus de questions.

Essayer de cibler toutes les pistes, mais je pense que de fait à l'expérience récente, je fais pareil avec ce soit des voisins ou de la famille très proche.

### **Tu ne changes pas ta prise en charge ?**

Non.

Non, mais la différence avec le cabinet c'est qu'au cabinet t'as quand même un peu la limite des 15 20 minutes

de consultation. Des fois je m'autorise quand il faut dépasser jusqu'à 30.

Disons que dans un contexte informel, je réfléchis pas du tout autant, donc si il faut papoter, creuser plus, il y aura pas cette limite de temps. Pour moi c'est la seule différence en fait.

### **Est-ce que tu t'investis différemment en fonction de la sévérité de la maladie ?**

Je vais rester plus longtemps si c'est des choses plus graves.

Je vais prendre des nouvelles.

Assez régulièrement alors que par exemple là quand j'avais été voir la petite qui avait une gastro, j'ai demandé des nouvelles mais pas aussi fréquemment.

### **Plus c'est grave, plus t'as tendance à t'investir ?**

Oui enfin après ça je dirais comme en cabinet, si j'ai un patient qui je sais pas, il est en soins palliatifs, je vais être plus préoccupée que le patient qui est venu me voir pour un rhume.

Marche, c'est un peu là pour le coup, c'est à peu près pareil.  
C'est la même chose

**Est-ce que tu as des limites quand il s'agit d'un proche ?**

Faut je réfléchisse un peu. Oui je pense que de toute façon oui j'ai des limites.  
Par exemple, je me sens assez mal à l'aise quand même.  
Parfois quand j'ai le rôle du médecin traitant  
Je ne veux pas que ça devienne habituel et que ça court circuite sa prise en charge  
Je mets en garde de toute façon que c'est un dépannage.  
Et j'explique que traiter un proche c'est pas évident pour le pour le médecin  
parce que justement il n'y a pas le recul nécessaire.  
Donc ça doit rester exceptionnel.

**Est-ce que tu vois d'autres limites ?**

Certains traitements.  
Alors je sais pas, peut-être des antidouleurs de pallier assez haut.  
Comme ça, je me sentirai assez mal à l'aise.

**Et pourquoi ?**

Parce que s'ils ont un médecin traitant qui s'occupe de ça.  
Pas de chevauchement et faut avoir le dossier.  
Bon, je ne me sentirais pas à l'aise, je voudrais ne pas faire de prescription frauduleuse  
Je ne sais pas.

**C'est plus le cadre légal qui te gêne.**

Ouais, pour cette situation

**Tu t'es déjà mise d'autres limites ?**

Parce que t'as pas, t'as pas leur dossier en fait et tu te retrouves à faire le médecin mais sans avoir les outils.  
Du médecin.  
D'accord.

**Et est-ce que c'est des choses que ce que c'est des limites que tu as déjà enfreint ?**

Non  
Voilà, pour l'instant, j'ai été confrontée qu'à de l'aigu.  
Pas de demande de prescription qui me semblait anormal.  
Donc j'ai pas eu à mettre des limites.

**Est ce que tu réponds différemment aux sollicitations depuis le début de ton internat ?**

Je veux dire, comme ça, je dirais non.  
Mais je pense que je suis quand même un peu plus confiante maintenant.  
Du coup, peut-être que je dirais que j'accepte plus facilement les demandes de sollicitations ou en tout cas je les..  
Je n'essaie pas de les éviter peut-être.

**Et comment tu penses gérer quand tu auras ton propre cabinet ?**

**Avec des ordos à disposition ou n'importe quand de travail, et cetera enfin.**

**Quand t'auras un cadre fixe formel à disposition.**

Ouais, je pense que.

J'essaierai quand c'est possible de faire venir la personne au cabinet pour respecter un peu le parcours de soins.

J'aurais toujours du mal, je pense que j'arriverai pas à prescrire un arrêt. Tu vois si le si je venais, si c'est pas justifié, je me verrais pas prescrire un arrêt même pour un proche si c'est pas justifié.

Pareil au niveau des prescriptions, j'arriverai pas, je pense à professionnellement, à prescrire des traitements, enfin à traiter la personne différemment que si elle était un patient au cabinet.

Je crois que professionnellement, je me sentirais pas bien.

Donc ouais, je pense que je ferai venir la personne au cabinet s'il a besoin d'un arrêt, si c'est justifié, je le ferai.

Pareil si c'est des renouvellements de traitement des choses comme ça, je le ferai.

Peut-être que je m'autoriserai plus à un dépannage sur certains médicaments, mais vraiment en limitant les quantités, tu vois un dépannage de quelques jours ou une semaine maximum.

Sur des médicaments un peu sensibles.

Avec un renvoi vers le médecin traitant.

Mais je pense que professionnellement, je ne me verrai pas enfreindre des choses pour des proches.

### **Bon, ça va recouper un petit peu ce qu'on l'a dit, mais de façon générale, quel est ton avis sur le fait de soigner un proche ?**

Je pense que c'est inévitable parce que à partir du moment où les gens savent que t'es médecin, il y a forcément un moment...

Tu vas être sollicité parce qu'il n'y a pas ...

Ils ont-ils ont pas moyen de d'avoir un autre avis ou c'est une urgence ressentie ou une urgence réelle. Donc je pense que c'est inévitable et il faut savoir que ça va arriver.

Après, ça reste un moment

excitant et délicat et stressant. Et voilà, c'est un c'est un peu un mix à un moment qui donne un mix d'émotions.

### **Plus que plus qu'une consultation habituelle avec un patient pour lequel t'as pas d'affect ?**

Ah ouais, parce que là, en général, tu sais que tu vas va travailler. Tu sais que tu vas avoir des patients.

Tu vois, il y a un côté impromptu de la demande d'un proche.

Que tu peux pas trop anticiper non plus.

Je pense que ça, ça joue aussi sur le ressenti.

### **Tu es le seul médecin de ta famille,?**

Ouais, y a même pas de paramédicaux dans ma famille non plus, donc je suis vraiment la seule.

### **Et tes proches ont facilement accès à un médecin d'après toi ?**

Alors mes parents non.

C'est de pire en pire parce qu'ils sont dans une zone rurale, voir semi-urbaine.

Et voilà que c'est médicalement un peu compliqué.

Après les proches, là les amis sur Lille et tout ça, non, eux, ils ont accès facilement.

### **Mais il te sollicite toi ?**

Parfois.

Oui.

Quand c'est quand c'est vraiment sur des week-ends.

Des sollicitations sur des temps où il y a pas de présence médicale, mais en général c'est des choses quand même relativement bénignes quoi. Ce que j'ai eu récemment c'était la conjonctivite.

**Et dernière question, est-ce que tu aurais des recommandations pour un nouvel interne ?**

Je pense que c'est important de connaître ses limites. Et quand on les dépasse on passe la main. Ne pas hésiter à renvoyer vers le médecin généraliste ou un spécialiste. Voilà, si on se sent pas de traiter le patient après un avis. Parce que c'est trop délicat ça.

**D'autres recommandations ?**

Rester professionnel.

Ouais.

Parce que, à la fin tu enfreins

la déontologie et tout ça, peu importe que ce soit pour la famille en fait.

Il faut penser, essayer de se détacher un petit peu de la même si c'est difficile

Et justement, si on n'arrive pas à s'en détacher, ne pas hésiter à passer la main et à pas traiter.

ANNEXE 7

Entretien 7

**Alors, est-ce que tu peux te présenter**

**De quelle promo es tu ?**

2021 et interne en médecine générale

**Ok, t'as quel âge ?**

Ok, 25 ans,

**T'as passé ton SASPAS ?**

Je suis en cours.

**C'est quoi ton projet pro ?**

Hospitalier en médecine polyvalente à tendance, plutôt infectiologie.

**En zone urbaine rurale ?**

Peu importe enfin une préférence pour ma ville natale, donc en milieu urbain

**Et là, tu remplaces ou pas ?**

Non, pas encore.

**Donc ça marche, il y a des médecins dans ta famille ?**

O.

**Est-ce que tu peux me définir ce qu'est un proche ?**

Un proche, c'est

Un ami quelqu'un avec qui on est intime.

Pas une connaissance mais un proche, c'est quelqu'un avec qui on partage des trucs.

**Le partage et l'intimité sont indispensables ?**

L'intimité peut-être pas.

**As-tu déjà été sollicité par un proche en tant que médecin ? Oui**

**Pourrais-tu me donner un exemple ?**

J'en ai même plusieurs... Un ami qui s'est fait mal à la salle et

qui m'a demandé en pleine rue un avis sur ce que ça pouvait être.

Mon frère, pour ma nièce

Qui a fait une crise épilepsie.

Voilà.

Ce que j'ai d'autre.

Beaucoup de gens qui me demandent un 2e avis.

Après avoir vu leur médecin, ils ont eu un changement de traitement ou quoi que ce soit et qui me demande ce que j'en pense.

Oui, c'est beaucoup, beaucoup, sur les enfants, beaucoup, beaucoup beaucoup de pédiatrie finalement.

### **Est-ce que tu peux me donner des détails sur les histoires que tu m'as énoncé ?**

Par exemple, mon frère et sa fille

Qui a 2 ans, qui fait une crise convulsive hyperthermique. Du coup, il était très inquiet, lui et son épouse.

Ils sont partis aux urgences tout d'abord et puis c'est aux urgences où là ils m'ont appelé pour savoir un peu si ça pouvait être grave.

Ou ce qu'il en était... Alors bien sûr, loin du patient, c'est un peu compliqué de...

Comment dire? De juger la situation

Bah en fait, c'était sur les examens complémentaires, notamment un électro-encéphalogramme qui a été réalisé donc qu'on m'a demandé à quoi ça servait et il me disait les résultats.

Voilà, c'est souvent des questions auxquelles j'ai pas forcément de réponse, et parfois même j'ai pas trop envie de...

De donner de réponse parce que je j'estime que c'est pas mon rôle.

Donc j'estime que certaines informations ne doivent pas être données comme ça, à l'aveugle notamment.

Je pense, parce que eux, ils avaient beaucoup peur.

Inconsciemment que ça pouvait être tumeur cérébral.

Enfin, il ... "hésitant"

Il m'a demandé si avec l'eeg on pouvait savoir s'il y avait quelque chose dans le cerveau.

Situations un peu, un peu.

Un peu gênante, un peu compliquée, on sait pas trop quoi répondre.

### **Pourquoi tu dis que c'est pas ton rôle ?**

Parce que j'estime que dès qu'il y a plusieurs personnes, plusieurs médecins sur les mêmes pris en charge sans qu'ils soient concertés. Et Ben c'est plus une perte de chance pour le patient qu'un gain de chance.

Forcément, il y aura peut-être des avis qui divergent.

Et enfin, voilà peut-être que le patient sera tiraillé par ces 2 avis et...

Il va peut-être faire un mauvais choix.

Donc j'estime une personne, un groupe de médecins, une équipe

qui s'occupe du patient, c'est déjà suffisant et qu'il ne faut pas qu'il y ait d'interférences externes.

**Du coup en gros tu me dis ton rôle ce n'est pas de donner un 2e avis ?**

C'est plutôt de ne pas interférer dans la prise en charge.

**En cabinet, t'as déjà eu des patients qui étaient là pour un 2e avis?**

Oui.

**Et pourquoi cette gêne quand c'est un de tes proches ?**

Comment expliquer ?

Déjà on est, je trouve qu'on est moins objectif.

Quand on soigne ses proches.

Et de 2, je me dis que si il y a une erreur quelque part, j'ai peur que cette responsabilité soit prise par moi.

Et que du coup, ce soit un proche à moi qui m'en veux.

**Pourquoi on est moins objectif d'après toi ?**

Parce que forcément, il y a les émotions qui jouent.

On partage beaucoup de choses avec eux et du coup on l'est moins.

Forcément, on a certains traitements qu'on voudra pas mettre, ouais quand même il y a des effets indésirables.

Ou bien parfois on va vouloir être beaucoup plus agressif.

Beaucoup d'examen complémentaires alors que c'est pas forcément justifié.

**Ah ouais, est-ce que tu vois d'autres raisons de perte d'objectivité ?**

.

Donc clairement, c'est vraiment les émotions.

**Et tu parlais aussi de l'erreur.**

**Qu'est-ce qu'il y a de si dramatique à faire une erreur sur un proche ?**

L'information.

Quelque chose d'assez important.

Ça va me donner une mauvaise information, inquiéter à tort ou à raison ou vous rassurer à tort ou à raison.

Déjà dans ça et une erreur dans la prise en charge. Voilà, je peux voir ce qu'on a demandé ce qu'on a cherché.

Un proche vient demander un avis, il ne ramène pas son dossier médical avec lui, c'est souvent à l'oral.

Dans des situations qui ne s'y prêtent pas.

Par exemple, on n'est pas en mode, en mode travail.

Avec notre bouche blanche, avec cette mentalité de je suis en train de travailler, c'est mon travail.

On est plutôt dans un moment de détente, où l'on fait autre chose que notre travail.

Avec le proche on n'est pas dans ce formatage de je suis en train de travailler. Du coup déjà on n'a pas accès au dossier, on va ne pas aller chercher en détail, poser plein de questions comme on pose à un patient lambda pendant ton travail.

Du coup, on peut faire pas mal d'erreurs au niveau prise en charge aussi.

Niveau thérapeutique, je ne sais pas. Admettons, on dit tiens peut être une angine à streptocoque

je te prescris de l'amoxicilline sans savoir qu'en fait il est allergique. Il fait un choc et il perd la vie.  
Ben voilà, on va se sentir très responsable de ça.

**Si c'est un patient lambda et que tu fais une erreur de ce genre, tu te sentiras aussi responsable, est ce qu'il y a une différence ?**

Là, il n'y a pas de traçage.

Quand on est au cabinet ou quand on est à l'hôpital, voilà, on marque ces allergies sont pas connues, on est dans un milieu qui s'y prête notamment.

À l'hôpital après en cabinet, c'est vrai que pas forcément là si la personne fait un choc anaphylactique par exemple, on prend cet exemple.

**En fait, c'est le fait qu'il n'y ait pas de cadre qui te gêne ?**

C'est ça

**Est-ce que tu vois des solutions à ça ?**

Bah si on a cabinet, on peut dire au proche viens me voir en consultation tel jour.

En passant par un parcours de soins finalement, qui est cadré.

Et comme ça en fait, non est en mode en mode travail d'une part donc on va réfléchir en tant que médecin et pas en tant que proche.

Voilà, tout est tracé et donc si erreur ou quoi que ce soit, on a toujours les assurances derrière, on a toujours...

Les choses sont cadrées !

**Ce que ce que tu vois d'autres solutions.**

Ne pas donner d'avis, ne pas soigner ses proches.

Être clair dès le début et dire qu'enfin voilà.

Ne pas s'investir dans leur santé.

**Alors si on retourne sur le cas de ta nièce.**

**Ça s'est terminé comment cette histoire ?**

Il me pose bien plus de questions, plus de sollicitations, pas forcément par rapport à la nièce, mais, mais aussi pour d'autres trucs.

Et c'était pas le cas avant.

**D'après toi, pourquoi il te sollicite plus.**

Peut être par la disponibilité et le temps que j'ai accordé.

Et car je suis le seul médecin parmi les proches.

**Et ils ont pas accès facilement à un médecin tes proches ?**

Ouais, compliqué.

Mon frère je crois qu'il n'a pas de médecin pareil pour ma nièce.

Et c'est compliqué.

**Si c'était moins compliqué de trouver un médecin, tu penses qu'il y aurait une différence ?**

Non, je pense pas.

En fait, c'est vraiment là, c'est disponibilité et on va dire quasi h 24 en fait,



Par exemple envoyer un message à 23h ils savent que je serai là.

**Tu te sens obligé de répondre?**

Non ca m'arrive de refuser.

**Qu'est ce qui fait que parfois tu refuses, parfois t'acceptes?**

De mes compétences.

Quand je vois ça commence à être compliqué, par exemple, un autre exemple.

Ma sœur et à sa fille qui était à l'hôpital depuis quelques jours, pour fièvre avec une altération de l'état général, érythème.

.

Bref, enfin un tableau assez marqué.

Ma sœur qui était très inquiète, elle qui est très inquiète de base.

Ils l'ont hospitalisé, ils ont fait les prélèvements.

Tout est revenu négatif, ecbu radiographie de thorax, ponction lombaire.

Ma sœur me sollicite donc, j'énonce vaguement un diagnostic que Kawasaki.

Le surlendemain on lui dit à l'hôpital que c'est ça.

Ça, je vais regretter parce que.

Je ne sais pas comment expliquer ça, mais. «hésitant »

Enfin voilà, j'annonce un diagnostic, mais en fait je ne peux pas intervenir parce qu'elle est dans un hôpital qui est pas très loin, mais enfin voilà bien dans un service.

J'estime que c'est pas à moi d'aller, moi j'aimerais pas qu'un de mes patients ramène un proche médecin et dire c'est pas comme ça qu'il faut faire.

On annonce un diagnostic grave, enfin c'est un doigt dans un engrenage qu'on met.

Il faut aller jusqu'au bout.

**Et est-ce que tu as d'autres raison de refuser ? Comment tu gères le refus ?**

Soit des fois je dis je fais pas c'est toutou sinon après 18h30 je ne suis plus médecin

Donc du coup faut voir ailleurs, soit on redirige, va voir untel.

**Alors ce que tu vois des avantages du point de vue de l'interne à traiter les proches ?**

Je pense qu'avoir un œil en direct sur la santé de ses proches.

Pour avoir accès à des examens plus rapidement.

Utiliser ses contacts et mais après ça c'est plutôt pour le proche l'avantage

Avantage autre pour les proches, c'est l'accès rapidement à la consommation de soins sans passer par le parcours classique, à tout moment de la journée.

La gratuité.

**Et est-ce que tu vois des inconvénients ?**

### **Point de vue du Proche et de l'interne ?**

L'impression de plus avoir cette relation de procheil y a un ce changement de relation.

### **Hum, et en quoi c'est un inconvénient ?**

Les agissements sont différents.

Il se transforme, au niveau du comportement, du langage

En tant que je sais pas comment expliquer, mais il va être plus poli, plus respectueux, plus sérieux.

On perd de perdre de la sincérité quoi.

De la spontanéité, tu vois, c'est moins spontané, c'est peut être ça c'est moins spontané.

### **Pourquoi ça serait un désavantage pour le proche ?**

Ou peut-être que ça ne l'est pas, oui.

Ah ouais, un désavantage pour les deux.

Quelqu'un de trop insistant, trop exigeant tu vas moins l'aimer, t'éloigner de cette relation, genre t'en séparer.

### **Ce dont a peur, c'est de modifier ta relation avec ton proche quoi ?**

Exactement.

### **Ça t'es déjà arrivé ça ?**

Ouais.

### **Tu peux m'expliquer ?**

Besoin un proche qui demande en fait qui...

C'est aussi dans la manière de demander aussi de venir voir la personne et dire je veux une ordonnance pour tel médicament.

De tels médicament et en gros, c'est plutôt une demande de ta capacité à faire une ordonnance et pas de ta capacité à réfléchir et à soigner les gens.

Donc ça c'est vite next.

C'est des cloportes "rire"

### **C'est une demande comme une autre? Si on te demande correctement de faire une prescription, tu refuserais ?**

Parce que c'est.

Non, non, peut-être. C'est ouais, on fait une fois.

Voilà, c'est toujours plus.

L'impression que tout leur aidu qui m'énerve

### **Et du coup, c'est quoi ta relation avec ce proche maintenant ?**

Je lui parle très, très rarement.

Je soupire énormément quand je vois un message de sa part.

### **Alors, est-ce que tu es souvent sollicité ?**

Souvent, ouais.

**Combien ? Une fourchette ?**

On va dire au moins une fois par semaine au moins.

**Il y a des personnes qui reviennent régulièrement ou c'est vraiment aléatoire ?**

Aléatoire

**C'est depuis combien de temps qu'on ne sollicite ?**

4ème année

**Est-ce que ça t'embête ?**

Tout dépend du moment, de la demande.

Ca dépend de la personne aussi.

**Et est-ce que ça t'arrive d'apprécier d'être sollicité ?**

Non, non, non.

**Est ce que tu vois une différence de prise en charge entre quelqu'un avec qui t'es très proche et quelqu'un avec qui t'es moins proche ?**

J'ai refusé d'interférer dans n'importe quelle prise en charge de mes parents.

Enfin, j'ai dit que je les soignerai pas.

**Pourquoi ?**

La responsabilité qui est mise en jeu. Je ne me sens pas objectif, là pour le coup, c'est plus marqué.

Avec eux qu'avec n'importe qui d'autre, car plus proche.

Plus c'est grave moins je m'investis.

**Pourquoi ?**

Je préfère que ça soit leur médecin, la même personne qui s'investit sur leur dossier.

Je pense aussi de toute façon, mais mes propos n'ont pas beaucoup de valeur.

**Quelles sont tes limites quand il s'agit d'un proche ?**

La sévérité de la maladie, ça c'est une de mes limites, la fin de vie, expliquer la fin de vie d'un proche.

Pourquoi il est mort, il a souffert, trop d'affect. "mal à l'aise"

**Est-ce que tu as déjà enfreint les limites que tu as énoncé ?**

Non

**Réponds-tu différemment aux sollicitations depuis le début de ton internat ?**

**En gros, entre le début et maintenant, est ce que tu vois une différence ?**

Oui j'ai plus d'expérience, plus d'assurance, j'apporte aussi plus de précision.

**Et du coup tu vas en détail ce que tu vois d'autres différences ?**

Je suis plus expéditif aussi

**Comment tu gèreras quand tu auras ton propre cabinet ?**

Je veux bosser en hospitalier.

**Comment tu gèreras, quand tu travailleras à l'hôpital.**

Naturellement, y a beaucoup moins de temps, ouais.

Moins de temps donc moins de réponses.

**Quel est ton avis de façon générale sur le fait de soigner un proche ?**

Que j'éviterai au maximum.

Tout comme les mécaniciens qui touchent pas la voiture de leurs proches.

Donc, comme y a des en fait c'est pareil, est ce qu'un chirurgien pourrait opérer un proche sans avoir autant de pression.

À éviter parce que trop de pression, trop de responsabilités.

**On te demande souvent des seconds, avis ou pas ?**

Non mais c'est mauvais car tu interfères, c'est une perte de chance.

**Quelles seraient tes recommandations pour un nouvel interne ?**

Pas soigner son proche, garder sa relation de proche à proche.

Un avis qui est très personnel chacun à sa manière.

On a besoin de temps pour soi aussi faut pas l'oublier.

**AUTEUR(E) : Nom : CHRAA**

**Prénom : Ratib**

**Date de soutenance : 16 mai 2024**

**Titre de la thèse :** Ressenti et attitude des internes en médecine générale du Nord Pas de Calais à la demande de soins de leurs proches ?

**Thèse - Médecine - Lille 2024**

**Cadre de classement :** *Médecine générale*

**DES + FST/option :** *Médecine générale*

**Mots-clés :** **médecin généraliste, proches, soins, relation médecin malade**

### **Résumé :**

**Introduction :** 56 % des généralistes pensent qu'il ne faut pas soigner ses proches mais 96 % le font quand même (1), des difficultés dans le vécu de cette situation sont ressenties pour 92% médecins (2). L'interne est un médecin en formation travaillant sous la responsabilité d'un médecin sénior. Quels sont les ressentis et les attitudes qu'adoptent les internes face aux difficultés que peut représenter la prise en charge des proches ainsi que voir quelles stratégies ils utilisent pour y faire face.

**Méthode :** *Etude qualitative par des entretiens individuels semi-dirigés* auprès d'internes de médecine générale avec retranscription et anonymisation des résultats. Analyse des entretiens selon la méthode théorisation ancrée, codage manuel sur Excel avec triangulation des résultats.

**Résultats :** 10 internes ont été interrogés. L'interne veut que son intervention soit ponctuelle, non engageante. Il ne veut pas interférer dans le travail de l'équipe soignante et conseille d'avoir un rôle de soutien. L'interne est vu comme une figure rassurante et facile d'accès, il se sent parfois utilisé comme solution de facilité. Il ressent une contrainte morale l'obligeant parfois à intercéder aux demandes. Répondre aux demandes peut être source de stress et risque d'impacter sa relation avec le proche. L'interne ressent des obstacles techniques, des difficultés identitaires et a des tabous sur sa prise en charge. La difficulté principale de garder son objectivité malgré l'affect. Le refus est redouté, l'interne usera de stratégies afin de ne pas céder sans refuser de façon directe. L'expérience a permis à l'interne de prendre plus de recul, de moins hésiter et d'émettre d'avantages de réserves à soigner ses proches.

**Conclusion :** La prise en charge du proche est une entité avec une infinité de choix. Le ressenti et le positionnement des internes varient en fonction la nature de la demande, du demandeur, du lien affectif qui relie les protagonistes, l'environnement commun, du cadre (physique, médico-légal), de l'interne notamment par la spécificité de son statut. Le ressenti et le positionnement vont s'impacter entre eux. Pour répondre l'interne devra garder son objectivité, cela nécessite du professionnalisme qui passe par la formalisation de la demande qui peut se faire par l'accès à un cadre de soins, chose qui est restreinte chez l'interne. Face à ces défis les internes sont réticents à prendre en charge leurs proches dans des situations

complexes ou pour un suivi malgré la contrainte ressenti.

1.

1. VALLEREND V. Quand le médecin généraliste soigne sa famille: enquête en BasseNormandie. Thèse d'exercice : Médecine : Caen : 2009.

2. Makovec T, Galam É. Positioning of the internal medicine in the face of the health problems of their loved ones. Study "DADDYSICK" on the hidden curriculum. *Médecine*. 2019;15(2):72-79. doi:10.1684/med.2019.400

1.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur Guillaume VAIVA**

**Asseseurs : Docteur François QUERSIN**

**Directeur de thèse : Docteur Thibaut DESCAMPS**