

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Conjoint de généraliste : un choix si évident de médecin traitant ?

Présentée et soutenue publiquement le 26 septembre 2024 à 14 h 00
au Pôle Formation
par **Stéphane BAUDOUX**

JURY

Président :

Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseurs :

Madame le Docteur Claire CROS-MATT

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Avertissement

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

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
Matériels et méthodes.....	4
I. Choix du type d'étude	4
II. Recrutement	4
III. Guide d'entretien	5
IV. Déroulement des entretiens.....	5
V. Analyse.....	6
Résultats	7
I. Présentation des participants de l'étude	7
II. La relation de soins est tributaire de la relation de couple	7
A. Proximité du fait de la relation de couple.....	8
1. Altération prise en charge par l'affect	8
2. Conditions dégradées	8
3. Ménagement du partenaire et résignation.....	10
B. Prise en charge paternaliste.....	10
1. Confiance aveugle.....	10
2. Contemplation	11
C. La relation de couple prime	11
1. Sauvegarder le rapport de séduction	11
2. Recours à un autre médecin spécialiste.....	12
III. Modification du rapport aux soins, et au médecin.....	12
A. Mésestime de la valeur de l'avis médical	12
B. Exigence	13
C. Statut de conjoint-de-généraliste.....	13
D. Contrat de soins tacite.....	13
Discussion	15
I. Forces et faiblesses.....	15
II. Les résultats	16
A. Une relation tributaire	16
B. Ambivalence et arrêt du suivi	16
C. Dépersonnalisation.....	17
D. Impacts éventuels de ces contraintes et limites	17
Conclusion.....	19
Références bibliographiques	20
Annexes	22
Annexe 1 : Script d'entretien définitif (script antérieur disponible sur CD-ROM) ...	22
Annexe 2 : Rapports d'entretiens audios et verbatim (CD-ROM).....	24

RESUME

Conjoint de généraliste : un choix si évident de médecin traitant ?

Contexte : les conjoints de médecins traitants semblent épargnés par les problématiques actuelles liées à l'accès difficile aux soins primaires. Ils auraient un accès rapide et simple à un avis médical, aux prescriptions et aux soins qui en découlent. Ce suivi fait par leur conjoint a-t-il des contraintes, des limites ? En sont-ils satisfaits ? C'est ce que cette thèse cherche à mettre en évidence.

Méthode : étude qualitative regroupant à partir d'entretiens individuels semi-dirigés, analysés avec la méthode interprétative phénoménologique. Les conjoints ont été recrutés par l'intermédiaire de leur médecin généraliste dans les Hauts-de-France. Une triangulation des données a été effectuée. Le recrutement s'est arrêté une fois suffisance des données acquises. Étaient exclus les conjoints médecins.

Résultats : huit entretiens ont été réalisés. Trois principales contraintes ont émergé de l'analyse. Une proximité néfaste avec le soignant, avec un affect qui altère la prise en charge, des conditions d'examens non idéales. Une confiance excessive, presque aveugle, associée à une forme de contemplation, entraîne une prise en charge paternaliste. La dernière limite est la frontière de l'intimité avec le respect de la séduction et du « jardin secret ». Les conjoints interrogés s'accommodaient en toute lucidité de ces contraintes, car la satisfaction et les facilités procurées dépassaient leurs attentes.

Conclusion : les conjoints se satisfont mais ne banalisent pas les difficultés imputables à la proximité du médecin. Les bénéfices et les agréments surpassent à leurs yeux tout désavantage. La relation de soins peut néanmoins s'arrêter s'il y a mésentente, rupture du couple ou de la confiance accordée. Ce contrat de soin, presque tacite, n'est pas irrévocable.

INTRODUCTION

L'accès aux soins se dégrade (1). La démographie médicale diminue, ce qui mène à une balance entre nombre de praticiens en activité et population défavorable (2). La population française vieillit, avec de plus en plus de patients multimorbides et en perte d'autonomie. L'accès aux soins est plus difficile aux personnes vivant dans les territoires ruraux. Le contexte budgétaire est défavorable, avec une inflation importante, des frais de santé plus coûteux et une pandémie de COVID-19 ayant malmené l'économie.

L'accès aux soins est, et restera jusqu'à 2030 au moins, difficile pour les patients, principalement à cause de la démographie médicale (3).

Certaines catégories de la population sont moins concernées par ces difficultés. Ce sont les professionnels eux-mêmes, notamment médecins, ainsi que leur famille et entourage.

Les généralistes réalisent fréquemment des prescriptions pour leur propre personne (4). Une grande majorité des généralistes reçoivent des sollicitations pour un avis médical, des soins ou des prescriptions, de la part de leur famille (5). La personne qui bénéficie le plus de ces conseils ou soins est également celle qui partage le plus son intimité, le conjoint du généraliste (6).

Environ 87 % des généralistes libéraux sont en couple, et environ 16,7 % des conjoints de ces derniers sont eux-mêmes médecins (jusqu'à 22 % pour l'ensemble de la profession, chiffre qui peut monter jusqu'à 30,1 %) (7).

Les 73,3 % de conjoints non médecins ont ainsi facilement accès à une expertise médicale jour, nuit et les week-ends. Les bénéfices à avoir un conjoint médecin peuvent paraître multiples et évidents. L'absence de nécessité de prise de rendez-vous, être soigné à domicile, une disponibilité accrue du médecin, une meilleure connaissance du patient et de ses antécédents, un diagnostic plus précoce.

Quelques travaux ont déjà abordé cette thématique du vécu du patient soigné par un médecin généraliste proche (8).

Il n'y a pas de directives nationales en France qui interdisent cette pratique. Elle n'est cependant pas recommandée par les associations médicales nationales ou internationales (9). L'ordre national jusqu'à l'avant-dernière version (10) du code de déontologie 2014 allant même jusqu'à la déconseiller. Ce thème est abordé durant le

cursus de médecine, nos professeurs et maîtres nous déconseillant d'être le soignant de nos proches.

Qu'en est-il de l'avis des intéressés ? Ces facilités d'obtenir un avis et des soins sont-elles pondérées par des difficultés ? Lesquelles ?

Quels sont les limites, les inconvénients ressentis par les personnes concernées ? Quel est l'impact de l'affect ? Comment se passe le soin au quotidien ?

L'objectif principal de l'étude est de mettre en évidence les limites et contraintes à ce que son médecin traitant soit également son conjoint. Y a-t-il des limites aux soins prodigués par les médecins traitants à leur conjoint ? La prévention des pathologies chroniques est-elle réalisée, ou non, de quelle manière ? Les dépistages sont-ils effectués ? Comment la décision médicale est-elle prise ?

Les facilités et avantages dont bénéficient les conjoints de médecins contrebalancent-ils les contraintes subies ?

MATERIELS ET METHODES

I. Choix du type d'étude

Une étude qualitative était plus adaptée pour mettre en évidence le ressenti (11). Cette étude explore un phénomène vécu, des ressentis intimes et personnels, ainsi, une analyse de type phénoménologique interprétative paraissait plus adaptée qu'une analyse par théorisation ancrée. Nous avons mené cette étude par entretiens individuels semi-dirigés. Une déclaration a été effectuée auprès du service de protection des données de l'Université de Lille. Elle porte le numéro 2022-256 au registre des traitements de l'Université de Lille. Les données, enregistrements, verbatim, et transcriptions, étaient stockés sur l'ordinateur personnel du chercheur, le disque dur de celui-ci étant crypté.

II. Recrutement

Les entretiens étaient menés auprès de conjoints de médecins généralistes installés depuis au moins un an. Les couples pouvaient être mariés, pacsés ou concubins.

Les conjoints généralistes étaient contactés par l'intermédiaire de leur médecin généraliste traitant. Le déroulement de l'étude et de l'entretien était expliqué en présentiel au médecin généraliste, qui transmettrait alors la fiche d'informations ainsi que les coordonnées au conjoint. Le cas échéant, si le généraliste était absent, la fiche d'informations lui était transmise par l'intermédiaire du secrétariat. Le conjoint participant nous recontactait ensuite.

Le recrutement s'est effectué premièrement par bouche à oreille auprès de connaissances, puis s'est étendu aux collaborateurs de leur cabinet, puis enfin par diffusion de la fiche d'informations dans des cabinets médicaux des Hauts-de-France. Le territoire concerné s'étend sur l'ensemble des cabinets de médecins généralistes libéraux des Hauts-de-France. Il n'a pas été effectué de tirage au sort.

Nous avons tenté d'obtenir un panel d'interviewés aux profils variés que ce soit relatif à leur âge, à leur sexe (sans recherche absolue d'une parité), ou au nombre

d'années de pratique/installation. L'échantillonnage était de fait homogène, car tous les participants étaient conjoints de médecins.

Nous avons choisi de n'interroger que des conjoints non médecins pour éviter une forme de biais de jugement.

L'ensemble des médecins généralistes du secteur Calaisais, des médecins de quatre cabinets du secteur Boulonnais, et un de l'agglomération lilloise, ont été sollicités pour transmettre la fiche d'informations et prévenir leur conjoint de cette étude.

Nous avons enregistré neuf réponses, huit positives ayant mené à huit entretiens et une négative (le conjoint ne souhaitait pas répondre, car le sujet concernait un thème trop personnel).

III. Guide d'entretien

L'entretien semi-dirigé consistait à utiliser des questions ouvertes pour étudier un phénomène et laisser le participant exprimer son ressenti et ses émotions. Les questions ouvertes étant indispensables pour obtenir des réponses les plus complètes et faisant intervenir activement le conjoint (11). Des questions de relances étaient prévues pour recentrer le participant sur le sujet étudié.

La version définitive du guide d'entretien ayant servi pour les six derniers interviewés se trouve en annexe.

Le script a été modifié à deux reprises à la suite des deux premiers entretiens.

IV. Déroulement des entretiens

Les entretiens se déroulaient sur le lieu et à la date de choix de l'interviewé.

L'accord du conjoint était demandé pour la participation à l'étude.

L'anonymisation ainsi qu'un accès sur simple demande aux données audio d'enregistrements étaient rappelés à chaque intervenant. Chaque interviewé était nommé successivement C1 puis C2, etc., par ordre chronologique des entretiens.

L'enregistrement audio s'effectuait *via* le smartphone et l'application dictaphone.

V. Analyse

L'analyse a débuté dès le premier entretien retranscrit.

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot. Les expressions non verbales telles que rires et pauses ont été rapportées dans la transcription. L'anonymat du médecin généraliste et du conjoint a été garanti au sein de la transcription. Les conjoints participants étaient identifiés par la lettre « C » ainsi que par le numéro d'ordre dans lequel ils ont été interviewés (allant de C1 à C8). L'ensemble des entretiens et verbatim sont disponibles en annexe 2 (CD-ROM).

L'encodage a été réalisé à l'aide du logiciel NVivo® V.1.7.1 (1534). Les thèmes étaient identifiés à partir du verbatim et non à l'avance.

Une triangulation a été effectuée avec une autre doctorante, tous les entretiens ont été comparés et analysés par l'autre enquêtrice. La triangulation a été réalisée par une mise en commun des verbatim d'entretiens anonymisés, de l'étiquetage, des thèmes, et de l'analyse.

La suffisance des données a été obtenue au 8^e entretien analysé.

RESULTATS

I. Présentation des participants de l'étude

Huit conjoints ont été interrogés, âgés de 31 ans à 64 ans, pas de différence d'âge significative dans le couple (moins de 5 ans). Tous les participants ont fait part d'une durée de relation supérieure à la durée de suivi médical.

Tableau 1 : caractéristiques des participants

	Sexe	Âge	Durée de suivi médical	Situation familiale	Durée d'entretien
Entretien 1	H	34	+ de 4 ans (depuis installation)	Pacsés, 2 enfants	44 min 45 s
Entretien 2	F	62	+ de 10 ans	Mariés, 2 enfants	1 h 57 min 23 s
Entretien 3	H	51	+ de 10 ans (depuis installation)	Mariés, 2 enfants	49 min 32 s
Entretien 4	F	64	+ de 10 ans	Mariés, 2 enfants	34 min 27 s
Entretien 5	H	31	2 ans	Mariés, sans enfants	38 min 1 s
Entretien 6	F	36	10 ans	Mariés, 2 enfants	53 min 40 s
Entretien 7	H	43	+ de 10 ans	Mariés, 2 enfants	30 min 11 s
Entretien 8	F	35	3 ans	Mariés, 2 enfants	42 min 26 s

II. La relation de soins est tributaire de la relation de couple

L'entretien met en exergue que relation de couple et relation de soins influent l'un sur l'autre, occasionnant des contraintes et souvent de fortes limites dans les soins, notamment en prévention.

Il ressort de l'analyse trois contraintes principales.

A. Proximité du fait de la relation de couple

1. Altération prise en charge par l'affect

L'affect induit par la relation de couple est la principale contrainte vécue par les conjoints. Il a été mentionné par tous les participants à cette étude. La prise en charge tend alors vers une dégradation.

L'affect s'infiltré dans la relation patient-soignant : « *Bah. Il est énorme je dirais dans ce cas.* » C8

Il peut modifier considérablement le rapport du soignant à la doléance et avec tendance à diminuer sa potentielle gravité :

« *C'est là qu'elle a pris conscience qu'elle s'est dit "bah tiens, on va quand même faire un contrôle, on sait jamais". Et puis en fait tout va bien, voilà, voilà. Je ne peux pas dire qu'elle ait minimisé... [...] Est-ce qu'elle aurait fait pareil avec un patient lambda ? Je ne sais pas.* » C7 se montre ambivalent quant à l'impact de l'affect.

Prise de conscience mutuelle des difficultés en cas de pathologies sévères :
« *Si j'ai une maladie grave, ce ne sera pas mon médecin. Je pense que ce n'est pas possible. Oui, là, non, parce qu'il y a tout ce qui est l'émotion, tout ce qui est quand même les sentiments qui rentrent là-dedans.* » C4

Difficulté lors d'un soin, tendance à manifester ses émotions, et la peur d'une douleur :

« *Il peut examiner autant qu'il veut et peut faire tout ce qu'il veut, mais si un acte risque d'être douloureux, je vais avoir tellement d'appréhension, que, pour lui comme pour moi, il faut que ce soit fait par une personne extérieure.* » C2

2. Conditions dégradées

La proximité du couple vivant sous le même toit est une contrainte. Les conjoints ont rapporté avoir eu des difficultés à faire entendre leurs doléances au domicile. L'affect à nouveau, la « routine » sont également en cause, ainsi que la charge de travail du conjoint, citée plus loin.

Le soin est souvent différé :

« J'attends, j'attends beaucoup plus que... les patients..., ils appellent et peuvent venir à la journée. Moi, je suis obligée d'attendre le soir ou le lendemain ou 15 jours après parce que voilà..., je passe toujours après. » C4

En parallèle du soin retardé, le suivi peut être complètement décousu, allant jusqu'à oublier de faire certains examens. La prise en charge est alors retardée et prolongée.

« Par contre, je dirais que si c'est... on ne peut pas considérer ça comme une consultation normale, c'est très décousu dans le temps. "Tiens, on fera ça" et puis trois ans plus tard, "ah au fait, t'as réfléchi à ça", "ah d'accord", "t'iras faire ça", "oui d'accord tu me feras l'ordonnance ?", "Oui ok bon." » C3 en citant une conversation récente qu'il a entretenue avec son médecin.

Une forme de banalisation des plaintes et le besoin de réitérer ses demandes sont remarqués :

« Mais bon, après c'est comme dans tout métier, je pense qu'un poissonnier, à force de découper du poisson, il peut plus faire de poisson à la maison. » C6

La proximité avec le médecin traitant peut occasionner le sentiment d'être observé voire jugé, avec une pression de « bien faire ».

« Le petit exemple de tout à l'heure, on a peut-être l'impression de se faire surveiller tout le temps. » C3.

Un point d'ambivalence est la réalisation de l'examen. La disponibilité au domicile du médecin est très pratique mais les participants rapportent une meilleure satisfaction si la consultation est réalisée dans les règles de l'art au cabinet :

« Donc, des fois, il me disait, oui, "Viens au cabinet" et c'est vrai qu'il m'a déjà examinée au cabinet, ce qui était très bien. Je pense que c'est vrai. [auteur : mieux ?] Ouais, peut-être beaucoup plus médical, voilà. » C4

3. Ménagement du partenaire et résignation

Les conjoints, par leur relation intime et étant témoin de leur charge de travail, ménagent leur partenaire. Jusqu'à parfois un renoncement à faire entendre leur plainte ou à être soignés.

« Il faut argumenter notre ressenti, peut-être davantage par rapport à un patient. [...] Il va falloir justifier que là il faut écouter et bien prendre en compte le problème. » C8

B. Prise en charge paternaliste

L'ensemble des conjoints amène à penser que la prise en charge est paternaliste. C'est une limite, car c'est un modèle de prise en charge où le médecin prend la décision et choisit le traitement pour son patient qui est passif (12). Ce modèle a normalement laissé sa place à une décision médicale partagée basée sur la confiance entre praticien et soigné, et les données factuelles de la science (13).

1. Confiance aveugle

Plusieurs thèmes amènent à ce qualificatif. En effet l'ensemble des conjoints rapporte tout d'abord une confiance absolue en leur médecin.

« En fait, c'est... j'ai... Vous allez peut-être traduire ça en confiance aveugle, je sais pas. Envers [son MT]... » C2, déclaration suivie de rires.

Cette confiance est renforcée et favorisée par un puissant sentiment de protection vis-à-vis de la maladie, l'ensemble des interviewés considérant leur médecin très compétent.

« Je lui ai dit "Tu fais des études, [elle est plutôt, on va dire bonne étudiante], tu t'y connais, je te fais confiance". Même pareil au début, je n'ai jamais remis en cause ses décisions. Sur ses... sur moi, sur ma santé. » C5

Cette conviction sur les compétences et cette confiance amènent à des décisions peu ou pas discutées. On constate une application des décisions parfois par autorité : *« Je peux dire que c'est autoritaire, mais elle m'a dit "t'es mon patient donc tu suis ce que je te dis" » C5 en citant sa médecin.*

Les conjoints hommes montrent une acceptation et une observance presque militaire :

« Mais euh nan après je remets pas en cause, elle me dit de prendre ça je prends ça. »

C1

2. Contemplation

L'analyse met en évidence une forme de contemplation, renforcée et favorisée par les points précédents, plus nuancée chez les femmes mais très probante chez les conjoints hommes :

« Donc là c'est elle qui me dit "faudrait que tu la fasses". Donc j'ai l'ordonnance j'y vais... quand j'y pense. » C5

On peut jusqu'à décrire une forme de négligence, phénomène heureusement peu retrouvé chez les participants :

« Mais après elle dit que je dois... je devrais tenter les infiltrations ou autres mais c'est vrai que j'ai pas encore pris le temps de..... ça me fait *****... ahahah » C1 assez insouciant vis-à-vis d'une tendinite.

C. La relation de couple prime

Une contrainte constamment rapportée est la nécessité de conserver une relation de couple saine. Tous les participants mentionnent que garder une part d'intimité est indispensable. Ils ont donc recours à d'autres médecins ou spécialistes pour certaines prises en charge.

1. Sauvegarder le rapport de séduction

La séduction a une part non négligeable dans un couple. Les interviewés ne souhaitent pas qu'un examen ou une procédure ne vienne ébranler le rapport au physique de leur partenaire :

« Alors je dis pas si je veux faire des examens, on va dire un peu sensibles, type toucher, toucher rectal. Ça je pense qu'elle ne le ferait pas et j'irais voir quelqu'un. » C5

Les conjoints préfèrent renoncer à l'avis de leur médecin traitant que de dévoiler toute leur intimité :

« Mais à un moment donné, je considère qu'il faut garder aussi une petit part de mystère, ou de jardin... Voilà, jardin secret si on peut appeler ça comme ça mais on ne peut pas tout mélanger en fait. » C6

2. Recours à un autre médecin spécialiste

L'évaluation, l'examen et la prise en charge gynécologiques ou urologiques sont (ou seront) faits préférentiellement par un médecin différent, pour des gestes ou actes simples de prévention pouvant relever d'un spécialiste en médecine générale. On ne peut pas qualifier cela de nomadisme (14). Le recours trop régulier à d'autres médecins peut occasionner une dégradation de la prise en charge, la continuité des soins étant un facteur de qualité des soins (15) :

« Non, non, non et non. Moi, tout ce qui est gynéco, c'est moi qui me prends en charge complètement. » C4

Le recours à un autre médecin est apparu indispensable sur le plan psychologique, la proximité faisant collusion. Le patient ne pouvant s'adresser à son conjoint comme il le pourrait à un soignant :

« Et du coup, même si c'est mon médecin, c'est dur d'aborder ce sujet-là. Enfin car ça veut dire vraiment on se met totalement à nu. Son mari, son médecin, c'est la même personne. S'il y a des problèmes c'est un peu difficile. » C8

III. Modification du rapport aux soins, et au médecin

L'ensemble de ces contraintes et limites est contrebalancé par des bénéfices constamment rappelés par les interviewés. Au cours de l'étude et de l'analyse, il a été mis en évidence que les conjoints occultaient complètement la problématique d'accès à un avis médical. Les thèmes ressortant de l'analyse décèlent une modification du rapport vis-à-vis du soin. Certains de ces faits ne sont pas des contraintes ou limites, cependant il est apparu important de les aborder.

A. Mésestime de la valeur de l'avis médical

La disponibilité presque constante de leur conjoint est un privilège oublié par les interviewés :

« Je n'ai pas l'habitude (rires) ou quand je viens [au cabinet], c'est pour changer une ampoule. Mais non, c'est pas de, il n'y a pas de lieu précis du coup, et on a l'impression que le médecin, finalement, est toujours là » C3 sur le fait de se rendre au cabinet médical.

B. Exigence

Une forme d'exigence est observée, difficile à percevoir au premier degré d'analyse. Plusieurs raisons nous ont poussés à utiliser ce qualificatif.

Les conjoints sont demandeurs en informations :

« Là c'est toujours pareil, c'est sur le long cours, comme le fait de l'avoir sous la main, c'est facile, "tiens, tu m'as dit ça tout à l'heure, mais au fait, pourquoi ?" Ou peut-être en complément d'information ? » C3

Ils peuvent manifester des sentiments d'insatisfaction et se montrer insistants :

« "Qu'est-ce que tu penses de la prise de sang ?". "Non, mais c'est bon" », "ah non mais t'as pas bien regardé, t'as vu là je suis un petit peu au-dessus". C'est pour ça que je ne suis pas forcément une bonne patiente parce que je vais insistante sur, peut-être le résultat trop parfait à avoir. » C2

Jusqu'à être impatient :

« Ouais moi je suis un peu laxiste, faut que ça aille vite ou sinon ça me... » C1

C. Statut de conjointe de généraliste

Les participantes de l'étude ont toutes fait part d'un agacement ou d'une lassitude à l'égard de leur statut de conjointe de généraliste. Ce phénomène a déjà été observé chez les hommes dans un échantillon plus large (16).

Ce statut n'étant pas une limite propre au soin mais une contrainte dans la vie quotidienne. Ce statut leur étant rappelé par leur entourage ou collègue au détour d'une discussion par exemple :

« Ah je n'ai aucune expérience là-dedans. C'est pas mon métier [...] mais ça fait des situations un peu cocasses dans le sens où les gens pensent vraiment qu'on a une compétence à leur répondre sur certains sujets de cet ordre-là. » C6 qui s'est longuement étendue sur ce sujet.

D. Contrat de soins tacite

Pour l'ensemble des interviewés, être soigné par leur conjoint était naturel et évident. Ce contrat tacite était favorisé par la confiance aveugle qui leur était

accordaient. Mariés ou pacsés, tous ont contractualisé leur union et le soin semblait une continuité de rigueur :

« Nan bah après c'est la confiance hein, elle elle est assurée chez moi. Moi je vais au médecin chez elle. Ouais je n'aurais pas passé par quelqu'un d'autre. » C1.

Ce contrat a des limites bien définies qui seraient la perte de confiance, la rupture du couple, une perte d'autonomie ou des pathologies graves.

Ce contrat est implicite, évolue dans le temps, les conjoints insistent sur un point essentiel, la personne qui les soigne est avant tout leur partenaire de vie. Une vie de couple épanouie amène à des relations de soins apaisées et simples :

« On revient toujours au même truc, tant que ça va bien dans la vie de couple en général, ce petit morceau là il va bien aussi. » C3

La relation soignant-soigné évolue dans le temps. Les participants démontrent une sorte de fidélité en amour et pour les soins :

« Oui, je, mais comme je vous dis, on a quand même beaucoup de mariage. Et puis voilà, on évolue quand même beaucoup hein. Donc la relation aussi a évolué. Mais bon, non, c'est toujours. J'aurais jamais été voir un [autre] médecin généraliste. Franchement, voilà. » C4

DISCUSSION

I. Forces et faiblesses

La littérature comporte des travaux explorant le thème du soin apporté au conjoint de médecin généraliste (8,16). L'angle sous lequel il est étudié ici est inédit, car notre étude se concentre uniquement sur les contraintes ou limites vécues par le conjoint.

Un biais d'investigation, ou biais d'intervention lors des entretiens, est possible.

La triangulation a diminué le biais d'interprétation lors de l'analyse et du codage.

Les entretiens numéro 2 et 7 ont été jugés moins contributifs que les autres par les deux chercheurs. Le premier, car la conjointe a manifesté et verbalisé un rapport très émotionnel à la maladie, le second, car de durée brève par rapport aux autres et la difficulté à obtenir des réponses exhaustives.

Un biais de sélection est possible, car la moitié des médecins étaient des connaissances occasionnelles de travail du chercheur.

Cinq couples de conjoints et leur généraliste traitant étaient plus jeunes que la moyenne d'âge des médecins français en activité (17).

Le recrutement fut compliqué par la nécessité de joindre le conjoint du médecin. La thématique portant sur les difficultés ressenties par le conjoint, il apparaît légitime que les potentiels participants ne soient pas enthousiastes à l'idée de communiquer leurs difficultés. La présence d'un intermédiaire complexifiait la prise de contact.

Les conjoints eux-mêmes médecins ont été exclus, afin d'éviter qu'ils ne donnent leur ressenti et les contraintes purement professionnelles, telles que la gestion de cabinet, des patients ou cas de diagnostics difficiles.

II. Les résultats

A. Une relation tributaire

La relation de couple ne s'immiscerait que très peu dans la relation de soins.

Le soin et le métier du médecin peuvent à l'inverse être intrusifs dans la relation de couple.

Les participants ont tous mentionné l'impact négatif que la charge de travail du médecin impose à leur vie de famille. Ce sujet a déjà été étudié et mis en évidence (8,16).

Les conjoints femmes doivent plus régulièrement s'occuper de la charge mentale et domestique du foyer (8,16).

Les conjoints intègrent peu leurs sentiments avant et lors des soins, même s'ils peuvent être plus plaintifs (notamment C1, C2, C4, C5). L'ensemble des conjoints a manifesté une confiance dans les soins prodigués par leur partenaire, celle-ci étant une continuité de leur relation de couple.

Une relation de couple saine favoriserait et contribuerait à une relation de soins saine et équilibrée d'après les interviewés.

Les interviewés affirment que leur partenaire est avant tout un conjoint, un compagnon, époux ou épouse avant d'être leur médecin. Ce rôle est prépondérant lors d'un soin important ou d'une hospitalisation. La maternité en est le plus frappant exemple, les conjointes interrogées louant la position d'accompagnateur de leur médecin.

Les interviewés proclament que leur partenaire est avant tout leur compagnon, avant d'être un soignant, le statut de médecin n'étant qu'un métier parmi d'autres.

B. Ambivalence et arrêt du suivi

Le mot « ambivalence » a marqué l'analyse.

L'ensemble des participants manifeste une entière satisfaction de leur prise en charge et ne renoncerait pas au confort d'obtenir facilement un avis médical.

Les conjoints acceptent les contraintes sans néanmoins banaliser les limites que pose la proximité qu'ils ont avec leur médecin traitant. Ils verbalisent à maintes reprises les contraintes, inconvénients que cela soulève.

Chaque conjoint fait part d'un avis tranché concernant la fin éventuelle d'une collaboration ou des soins.

Les principales raisons évoquées d'un arrêt des soins sont le décès du conjoint ou une séparation. Nous l'avons abordé, cette relation de soins est tributaire de la relation de couple et une discorde ou mésentente conjugale aurait un impact considérable sur la poursuite de la relation de soins. En cas d'échec non remis en cause, en cas de changement d'attitude ou de manière de soigner, les conjoints se réservent la décision d'arrêter le suivi.

Il semblerait que l'on choisit aussi bien son conjoint que son médecin pour des soins personnalisés.

C. Dépersonnalisation

Les épouses et compagnes ont toutes manifesté de l'agacement vis-à-vis d'une dépersonnalisation au cours de consultations où leur mari médecin était présent. L'intervenant médecin s'adressant plus souvent à leur conjoint, oubliant la patiente ou lui demandant de transmettre une information à son médecin.

Eu égard à la taille de l'échantillon nous n'avons pu observer ce phénomène chez les hommes conjoint. On ne peut conclure à un biais de communication homme-femme. Ce phénomène a déjà été observé dans une précédente étude (16).

D. Impacts éventuels de ces contraintes et limites

L'affect entache la phase de soins, et de diagnostic. L'un des paramètres indispensables à tout diagnostic est l'objectivité. Ce manque d'objectivité est une source potentielle d'erreur médicale. Ces erreurs peuvent en cas de pathologie aiguë entraîner des conséquences terribles sur la santé du conjoint soigné.

Les commentaires à l'article 33 du code de déontologie (18) disposent que : « Si le médecin est embarrassé pour établir un diagnostic, il doit faire appel à un consultant, à un spécialiste, ou prescrire la mise en observation du patient ». Les médecins échouent-ils ainsi à leur mission d'impartialité et de probité en acceptant de soigner aussi régulièrement leurs proches ?

Il est légitime de penser que la collusion des rôles, entre conjoint et médecin, est néfaste. Il semble inapproprié de parler de médecine et de santé aussi banalement que d'histoire-géographie quand les conséquences peuvent mener à de graves répercussions sur la santé.

L'examen et l'entretien ont lieu ordinairement au domicile. Les conjoints font part que ce ne sont pas des conditions optimales, et cette problématique est courante à toutes prises en charge de proches (9). L'examen clinique et l'entretien sont pourtant cruciaux pour une bonne prise en charge médicale.

La présence dans l'intimité du médecin empiète sur la vie familiale, amoureuse et conjugale, c'est un phénomène connu (8,16).

Les modifications du rapport aux soins et les facilités d'accès des conjoints tendent vers une forme de clientélisme, le médecin par sa relation intime et proche pouvant difficilement refuser les demandes de sa moitié. Le patient conjoint pourrait adapter, ajuster son observance, mais cela n'a pas été observé, la prise en charge paternaliste limitant ce phénomène. Instaurer un cadre plus strict pourrait améliorer la conduite des soins (16).

Il leur a été demandé aux personnes interviewées si elles conseilleraient à des personnes dans leur situation de se faire soigner par leur conjoint, lui-même médecin. Les réponses étaient évasives, ou tendant vers le oui (C4, C5, C7, C8) essentiellement par praticité.

CONCLUSION

Le choix du médecin traitant fut une évidence pour chaque conjoint interrogé. Le choix, s'il en est un, est du côté médical pour avoir accepté le suivi ou non, en dépit des recommandations. Nos critères d'inclusions éliminant *de facto* les patients non suivis par le médecin, nous n'avons pu les interroger et donc déterminer si ce choix de ne pas suivre son conjoint est entièrement à l'initiative du généraliste.

Tantôt en concertation après avoir pris acte des modalités de chacun ou de façon naturelle sans discussion, ce choix s'est facilement imposé à tous les couples concernés par cette étude.

Il est contrebalancé par des limites non négligeables dont ces couples s'accommodent facilement. L'affect, la nécessité de garder une part d'intimité, l'omniprésence du médecin sont de réelles limites. Bien que n'étant pas l'objet de la question de recherche, il est légitime de penser que ces conditions dégradent la prise en charge globale du patient. D'autres recherches présument les mêmes conclusions (5,8,9,16).

Les recommandations concernant le soin apporté aux proches par les médecins sont peu suivies et parfois difficilement applicables eu égard aux demandes de proches (8). Des problèmes éthiques interviennent également, quelques ordres et associations médicales francophones ou anglo-saxonnes déconseillent ces pratiques (19, 20, 21). Il serait souhaitable que les instances ordinales ou sociétés savantes françaises puissent statuer sur ce sujet et diffusent plus largement leur avis auprès des médecins, de leurs proches et familles pour sensibiliser aux problématiques possibles.

Malheureusement la décision repose en définitive sur les épaules du médecin, libre ou non de céder aux besoins ou appel au secours de son conjoint. Il serait difficile d'évaluer l'impact personnel et relationnel d'un refus. Une étude portant sur ce sujet s'exposerait à de nombreux biais, plus encore si fait par entretien en présentiel, le médecin concerné pouvant se sentir jugé par l'interlocuteur.

Les personnes interrogées dans notre étude ont toutes fait part d'une certitude, d'un changement radical dans leur relation, ou d'un événement médical grave qui rebattrait les cartes et modifierait le rapport au soin et leur relation de soins, motivant un changement de médecin.

Références bibliographiques

1. Rojouna B. Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard [Internet]. Sénat: SÉNAT; 2022 mars. Report No.: 589. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-5896.html>
2. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projection démographique [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2021 mars. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/ER1206.pdf>
3. Attaal-Toubert K, Vanderschelden M. la démographie médicale à l'horizon 2030 : De nouvelles projections nationales et régionales. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2009 févr p. 8. Report No.: 679.
4. Gendel MH, Brooks E, Early SR, Gundersen DC, Dubovsky SL, Dilts SL, et al. Self-prescribed and other informal care provided by physicians: scope, correlations and implications. Disponible sur: <https://jme.bmj.com/content/38/5/294>
5. La Puma J, Stocking CB, LaVoie D, Darling CA. When Physicians Treat Members of Their Own Families. The New England Journal Of Medecine. 31 oct 1991;1290-4.
6. Mücke NA, Schmidt A, Kersting C, Kalitzkus V, Pentzek M, Wilm S, et al. General practitioners treating their own family members: a cross-sectional survey in Germany. 3 févr 2022;11.
7. Breuil-Genier P, Sicart D. La situation professionnelle des conjoints de médecins. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2005 sept. Report No.: 430.
8. Augustyniak J. Vécu des patients pris en charge par un médecin généraliste membre de leur propre famille. [Nancy]: Université de Lorraine; 2015.
9. Debeaulieu Mietka A. Le médecin peut-il soigner ses proches ? Revue de la littérature à ce sujet. [Amiens]: Jules Verne Picardie; 2019.
10. Code déontologie médicale Edition 2012 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190547/2012-05-09
11. Lebeau JP, Aubin-Augier I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé. Global Média Santé, Collège nationale des généralistes enseignants. Global Média Santé; 2021. 192 p.
12. Carretier J, Bataillard A, Fervers B. La place du patient dans la médecine factuelle. Journal de chirurgie. Volume 146. déc 2009;537-44.
13. Pérotin V. Les enjeux de la parole médicale. Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique. Volue 5 Issue 2. avr 2006;91-5.

14. Ratiney J. Le nomadisme médical en médecine générale : étude sur la base de 6 mois de remboursements de la CPAM de Haute-Garonne [Internet]. [Toulouse]: Université Toulouse 3 Paul Sabatier; 2004. Disponible sur: <https://www.sudoc.fr/081854331>
15. Hjortdahl, P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. 16 mai 1992 [Internet]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/1606434/>
16. Michel C. Le retentissement de la profession de médecin généraliste libéral sur la vie de son conjoint. [Amiens]: Picardie Jules Verne; 2017.
17. Conseil National Ordre des Médecins. Atlas démographie médicale 2023. 2023.
18. Code de déontologie médicale Edition Février 2021 [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-33-diagnostic>
19. Association Médicale Canadienne. Code d'éthique et de professionnalisme de l'Association médicale canadienne [Internet]. Ottawa; 2018. Disponible sur: <https://policybase.cma.ca/fr/permalink/politique13937>
20. Ordre Belges Des Médecins. Aspects déontologiques de la relation de soins entre un médecin et un patient avec lequel il entretient par ailleurs une relation affective ou amicale. 18 juin 2022; Disponible sur: https://ordomedic.be/fr/avis/attestations-certificats/certificat-etabli-par-un-membre-de-la-famille/aspects-d%C3%A9ontologiques-de-la-relation-de-soins-entre-un-m%C3%A9decin-et-un-patient-avec-lequel-il-entretient-par-ailleurs-une-relation-affective-ou-amicale#_ftn1
21. Gold KJ, Goldman EB, Kamil LH. No Appointment Necessary? Ethical Challenges in Treating Friends and Family. The New England Journal Of Medicine. 25 sept 2014;

ANNEXES

Annexe 1 : script d'entretien définitif (script antérieur disponible sur CD-ROM)

Les premières questions concernaient la présentation du conjoint et des caractéristiques du couple (âge, profession, nombre d'enfants, durée de suivi, etc.).

Puis huit questions ouvertes portaient sur la thématique du soin apporté par le médecin traitant à son conjoint.

Quelques questions « brise-glaces » portaient sur les bénéfices ressentis à être soigné par son conjoint afin d'installer un climat de discussion favorable. Le conjoint était ensuite interrogé sur les contraintes et limites qu'il pouvait alors ressentir.

Présentation de l'étude et de l'enquêteur (lettre d'information normalement déjà remise auparavant).
Informations vis-à-vis des données, leur anonymisation et leur stockage (cf. service de protection des données Université de Lille).

Date de l'entretien :

Lieu de l'entretien :

Modalité : présentiel/visioconférence

Caractéristiques de votre couple : pacsés/concubins/mariés/durée/nombre d'enfants ?

Quel est votre âge, quelle est votre profession ?

Depuis combien de temps êtes-vous suivi par votre MT (conjoint) ?

1. Racontez-moi la relation patient/soignant que vous entretenez avec votre médecin traitant.
 1. Aviez-vous un autre médecin traitant auparavant et pourquoi avez-vous changé (de qui est venue l'initiative) ?
2. Quels sont pour vous les avantages à ce que votre médecin traitant soit votre conjoint ?
 1. En dehors de questions de simplicité et d'accès aux soins ?
3. En quoi le fait que votre médecin traitant soit votre conjoint impacte la relation de soins ?
 1. Comment se déroule l'examen médical ? Où et quand est-il effectué ? Y a-t-il lors de ce moment l'instauration d'une hiérarchie (soignant/soigné, sachant/non sachant) ?
 2. Comment se déroulent les décisions médicales ? Sont-elles partagées ? Comment questionnez-vous les décisions médicales ou les diagnostics faits ?
 3. Comment se passent les dépistages de pathologies chroniques ? Y a-t-il suivi frottis/mammo/DCCR/PSA ? Suivi biologique ? Comment se passe l'annonce des résultats ?
 4. Comment cela se passe en cas d'hospitalisation ? Comment se comporte votre conjoint ? Est-il plutôt accompagnant ou intrusif dans la décision médicale ?
 5. Votre conjoint est-il votre personne de confiance ?
 6. La relation patient/soignant serait-elle différente si vous deviez être soigné pour une maladie grave ? Et dans quelle mesure ?
4. Quels sont les désavantages, les contraintes à ce que votre médecin traitant soit également votre conjoint ?
 1. Quel rôle joue l'affect dans la relation ?
 2. Vis-à-vis du soin prodigué ? Pas d'abus de soins ? Pas plus douillet ou plaintif ?
 3. Quels sont les sujets, les choses dont vous n'osez ou n'oseriez pas parler ? Pour quelles raisons cela changerait ?
 4. Y a-t-il déjà eu par le passé des problèmes à ce que votre médecin traitant soit votre conjoint ? Quels sont-ils ?
 5. Est-ce que le fait d'être en couple influence les prescriptions ?
 6. N'y a-t-il pas trop d'examen complémentaires ? Spécialistes ?
 7. Suivez-vous bien les prescriptions ? Comment est votre observance ?
5. Sur quels aspects de votre quotidien intervient/pourrait intervenir votre médecin traitant ?
 1. Quelles sont les choses que votre conjoint fait pour améliorer votre santé au quotidien ?
 2. Quels sont les commentaires que vous recevez à la maison (lors des repas, sorties, activités, etc.) ?
 3. Quelles contraintes cela implique d'habiter avec son médecin traitant ?
 4. Être toujours au contact de son médecin minimise-t-il vos symptômes ou fait-il moins attention à vos symptômes ?

6. Pour quelles raisons ou pour quelles maladies souhaiteriez-vous être soigné par un autre médecin que votre conjoint ?
 1. Comment lui annonceriez-vous ? L'auriez-vous demandé/annoncé avant ?
 2. Comment pourrait-il le prendre ?
 3. Que se passerait-il en cas d'erreur médicale, grave ou non ?
7. Pour quelles raisons n'êtes-vous pas satisfait de la relation médicale avec votre médecin traitant ?
 1. Comment, de façon qualitative (bien, pas bien, moyen), vous considérez-vous soigné ?
 2. Vous considérez-vous aujourd'hui en bonne santé ? Pourquoi ?
 3. Comment pourriez-vous être en meilleure santé ?
8. Pour quelles raisons, si vous en aviez facilement la possibilité, changeriez-vous de médecin traitant (à supposer qu'ils ne se connaissent pas, et ne puissent échanger aucune information) ?
9. Conseilleriez-vous aux jeunes médecins généralistes de soigner leur conjoint ?

Annexe 2 : rapports d'entretiens audios et verbatim (CD-ROM)

AUTEUR : Nom : BAUDOUX

Prénom : Stéphane

Date de soutenance : 26 septembre 2024

Titre de la thèse : Conjoint de médecin généraliste : un choix si évident de médecin traitant ?

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : médecine générale

DES + FST/option : diplôme d'études spécialisées en médecine générale

Mots-clés : MSH_D_058005 (généralistes) ; MSH_D_018454 (conjoints) ; MSH_D_011369 (relations entre professionnels de santé et patients)

Résumé :

Contexte : les conjoints de médecins traitants semblent épargnés par les problématiques actuelles liées à l'accès difficile aux soins primaires. Ils auraient un accès rapide et simple à un avis médical, aux prescriptions et aux soins qui en découlent. Ce suivi fait par leur conjoint a-t-il des contraintes, des limites ? En sont-ils satisfaits ? C'est ce que cette thèse cherche à mettre en évidence.

Méthode : étude qualitative regroupant à partir d'entretiens individuels semi-dirigés, analysés avec la méthode interprétative phénoménologique. Les conjoints ont été recrutés par l'intermédiaire de leur médecin généraliste dans les Hauts-de-France. Une triangulation des données a été effectuée. Le recrutement s'est arrêté une fois suffisance des données acquises. Étaient exclus les conjoints médecins.

Résultats : huit entretiens ont été réalisés. Trois principales contraintes ont émergé de l'analyse. Une proximité néfaste avec le soignant, avec un affect qui altère la prise en charge, des conditions d'examens non idéales. Une confiance excessive, presque aveugle, associée à une forme de contemplation, entraîne une prise en charge paternaliste. La dernière limite est la frontière de l'intimité avec le respect de la séduction et du « jardin secret ». Les conjoints interrogés s'accommodaient en toute lucidité de ces contraintes, car la satisfaction et les facilités procurées dépassaient leurs attentes.

Conclusion : les conjoints se satisfont mais ne banalisent pas les difficultés imputables à la proximité du médecin. Les bénéfices et les agréments surpassent à leurs yeux tout désavantage. La relation de soins peut néanmoins s'arrêter s'il y a mécontentement, rupture du couple ou de la confiance accordée. Ce contrat de soin, presque tacite, n'est pas irrévocable.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseur : Madame le Docteur Claire CROS-MATT

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE