

Année 2018

2018 TOU3 1134

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Thomas GIORDANO

Le 20 Décembre 2018

LA TIERCE PERSONNE ET LA RELATION DE SOIN

**Quelles sont les principales situations où la relation de soin
est rendue difficile par la présence ou l'absence d'une tierce
personne dans le département Haute-Garonne?**

Eléments de comparaison entre les médecins généralistes et les autres
spécialités

Directeur de thèse :
Docteur Marc BONNEFOY

JURY

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC
Monsieur le Professeur Pierre BOYER
Monsieur le Docteur Michel BISMUTH
Monsieur le Docteur Marc BONNEFOY
Madame le Docteur Mailys MICHOT-CASBAS

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H. 2ème classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane Médecine Générale

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre Médecine Générale

P.A Médecine générale

POUTRAIN Jean-Christophe Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Inteme
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Inteme
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Médecine Générale

M.C.U. - P.H.

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur OUSTRIC,

Merci d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse. Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Professeur BOYER,

Merci de me faire l'honneur de juger mon travail. Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Docteur BISMUTH,

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

Mr le Dr BONNEFOY,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre expertise, votre écoute bienveillante, vos conseils avisés et votre disponibilité tout au long de mon travail.

Madame le Docteur MICHOT-CASBAS,

Merci de m'avoir permis de réaliser ce travail et de participer à mon jury. Je vous suis profondément reconnaissant pour ce que vous m'avez transmis.

REMERCIEMENTS

A ma femme, Letizia, pour ton soutien inconditionnel et ton travail de relecture. J'espère pouvoir un jour, te rendre la pareille. Je t'aime passionnément.

A mon petit Léon, tu fais de moi un papa comblé (sauf quand tu m'éteins l'ordinateur en pleine rédaction de thèse....).

A ma mère, pour ton aide et ta présence tout au long de mon parcours.

A mon père, mes frères et sœurs, ma famille et mes amis pour vos encouragements.

A la faculté, à mes professeurs, maîtres de stages, aux médecins, co-internes, paramédicaux, secrétaires... qui m'ont transmis leur savoir avec pédagogie et bienveillance.

Au Dr Thevenot, au CDOM 31 et à l'EREMIP, de m'avoir guidé dans la réalisation de ce travail.

Aux patients.

A tous ceux que je n'ai pas cités et qui m'ont permis de garder le cap.

CITATION

« Il n'est pas nécessaire d'espérer pour entreprendre, ni de réussir pour persévérer. »

Guillaume d'ORANGE-NASSAU

LA TIERCE PERSONNE ET LA RELATION DE SOIN

Quelles sont les principales situations où la relation de soin est rendue difficile par la présence ou l'absence d'une tierce personne dans le département Haute-Garonne?

Eléments de comparaison entre les médecins généralistes et les autres spécialités

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	4
INTRODUCTION	5
I. Contexte.....	5
II. Motifs des plaintes aux Conseils de l'Ordre.....	8
III. Des médecins victimes.....	8
IV. Des patients et médecins globalement satisfaits.....	9
V. La population médicale en Haute-Garonne.....	10
MATERIELS ET METHODE	11
I. Eléments ayant motivé ce sujet de thèse.....	11
II. Objectifs de l'étude.....	11
III. Le protocole de l'étude.....	12
IV. Le contenu du questionnaire.....	13
1. La population étudiée.....	13
2. La confrontation à une relation de soin difficile liée à une tierce personne ..	13
3. La fréquence.....	14
4. Les commentaires libres.....	14
5. Autres situations.....	14
RESULTATS	15
I. Population étudiée.....	16
II. Population répartie en groupes.....	17
III. Réponses des médecins interrogés.....	18
1. Présentation des résultats.....	18
2. Résultats par situation.....	19
3. Autres situations difficiles mentionnées dans les commentaires.....	30
4. Résultats pour la spécialité médecine générale.....	31
DISCUSSION	32
I. Les forces et faiblesses de l'étude.....	32
1. Les biais et faiblesses de l'étude.....	32
2. Les forces de l'étude.....	34

II. Discussion sur les résultats.....	35
1. La médecine générale : spécialité parmi les plus exposées.....	35
2. L'entourage du patient.....	36
3. Le tiers avec statut légal	40
4. L'absence de tiers.....	41
5. Autres situations.....	44
III. Pistes d'amélioration.....	47
1. Concernant l'entourage du patient.....	47
2. Concernant la barrière du langage	47
3. Concernant la multiplicité des soignants	48
IV. Perspectives	48
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	51
ANNEXES	54

LISTE DES ABREVIATIONS

- **AVC** : Accident Vasculaire Cérébral
- **CDOM 31** : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du département Haute-Garonne
- **CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- **DA** : Directives Anticipées
- **EREMIP** : Espace de Réflexion Ethique de Midi-Pyrénées
- **FEC** : Fréquence d'Exposition Cumulée
- **FEM** : Fréquence d'Exposition Moyenne
- **MPR** : Médecine Physique et Réadaptation
- **RCP** : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
- **SMUR** : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

INTRODUCTION

I. Contexte

La relation de soin entre le médecin et son patient a toujours été au cœur de la prise en charge médicale. Ce colloque singulier a évolué à travers les siècles depuis les fondements de la médecine d'Hippocrate à aujourd'hui.

Par le passé, cette relation était paternaliste. Le médecin possédait le savoir et se voyait comme le gardien de l'intérêt du patient. Il prenait les décisions pour ce dernier et respectait le principe de bienfaisance et du « primum non nocere » qu'Hippocrate évoque dans son serment (1).

Progressivement, avec la loi Kouchner du 4 mars 2002 (2) sur les droits du patient, rendant l'information obligatoire et permettant l'accès au dossier médical, la relation médecin-malade a évolué d'un modèle paternaliste inégalitaire vers un modèle délibératif dans lequel le patient devient plus autonome, participant aux prises de décisions.

On parle de « relation de confiance » dans laquelle l'information claire, loyale et adaptée s'inscrit dans un cadre éthique soumis au code de déontologie médicale (3). Cette alliance thérapeutique devient le socle du soin et de l'« effet médecin » décrit par Balint (4,5).

Mais cette relation duale, s'est transformée, dans notre médecine moderne, en une relation tripartite. En effet, 1 consultation sur 3 se fait avec un accompagnant dans les cabinets médicaux et 2 sur 3 au domicile (6). Après la loi Léonetti de 2005 (7) puis Claeys-Léonetti de 2016 (8) sur la fin de vie, la personne de confiance, devient elle aussi un véritable pilier de cette relation de soin. Elle peut être un parent, un conjoint, parfois un simple accompagnant ou un conseiller. Cette personne de confiance peut

aussi s'incarner dans l'entourage familial, véritable groupe de soutien du patient. Ce nouvel interlocuteur pourra être facilitateur ou parfois un frein dans la relation de soin comme cela a été décrit dans une étude de 2003 sur la représentation par les médecins généralistes du rôle de l'entourage du patient (9). A ce sujet, une étude Canadienne mentionne que selon un comité de 12 spécialistes en bioéthique, les conflits entre les patients, les familles et les médecins, quant aux traitements médicaux à prodiguer, sont considérés comme le principal défi éthique auquel se confrontent les soignants d'aujourd'hui (10).

Parallèlement, les exigences modernes d'une médecine de qualité, ont amené le concept de "médico-légal" au cœur de cette relation de soin. Ce dernier a permis de codifier et homogénéiser les prises en charge, avec une obligation de moyen systématique (11). Cela a aussi engendré le développement d'une médecine « défensive » (12), dans un contexte de plaintes croissantes au Conseil de l'Ordre des médecins comme évoqué dans deux travaux de thèses (13,14).

Le médecin peut aussi être victime de ces difficultés relationnelles, avec des patients de plus en plus exigeants et revendicateurs. Les déclarations de violences subies par les médecins sont elles aussi croissantes. En 2016, 51% étaient commises par le patient, 15% par l'accompagnant, 6% par un membre de la famille et dans de rares cas, par l'employeur ou un salarié (15).

Pour finir, dans une époque où la médecine devient très spécialisée, cette relation de soin est amenée à devenir une relation collégiale pluridisciplinaire associant les équipes soignantes, le patient et son entourage. Cette collégialité pourra aussi être source de difficultés comme le souligne une étude réalisée auprès d'urologues qui considèrent que l'organisation des RCP en oncologie est parfois trop chronophage (16). L'absence d'implication dans la collégialité peut aussi être une problématique comme le rapporte une thèse qui mentionne que 87% des médecins généralistes ne sont jamais conviés à une RCP (17).

Le médecin moderne est donc confronté à ces nouvelles situations qui vont solliciter toute son empathie, son affect et ses capacités de communication. Cela peut être source de difficultés et de souffrance professionnelle. La gestion de situations médicales, en particulier pour les nouvelles générations où la pression médico-légale et la pression du questionnement éthique, prennent en étau le soignant. De plus, ces problématiques sont difficilement abordées dans les études médicales, et l'art de la communication et de la décision éthique se développe avec le temps et la pratique. Certains médecins sont en difficultés, parfois poussés à la faute déontologique, voire en burnout. Cette pathologie est en pleine croissance dans notre profession, comme l'évoquent deux thèses de médecine générale réalisées en 2006 et 2014, retrouvant respectivement 51% et 46% de burnout dans notre spécialité, dont 8% et 7% de burnout sévères (18,19).

Cette étude a pour objectif d'évaluer le niveau d'exposition des différentes spécialités aux principales situations, où la relation de soin est rendue difficile, par la présence ou l'absence d'une tierce personne. Elle servira d'étude préliminaire pour la réalisation de fiches guides et pratiques par l'Espace de Réflexion Ethique de Midi-Pyrénées (EREMIP) en collaboration avec le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Haute-Garonne (CDOM 31), telles les fiches « soins et laïcité au quotidien » (20), réalisées par ces deux instances. L'objectif de ces fiches sera de guider les médecins pour mieux aborder ces situations.

II. Motifs des plaintes aux Conseils de l'Ordre

Chaque année, environ 4000 plaintes et doléances sont reçues par les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM).

Les causes des conflits ont été résumées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) :

- **Le retard** dans la consultation ou le rendez-vous.
- **Le refus** de délivrer un document, un dossier, un médicament ou un examen attendu par le patient.
- **L'incompréhension** ou la mauvaise explication d'une information donnée par le médecin.
- **Le reproche** quant à l'acte médical ou la consultation.
- **La faute**, l'erreur, l'aléa ou un événement indésirable.

III. Des médecins victimes

En 2016, selon l'Observatoire de la Sécurité des Médecins du Conseil National de l'Ordre des Médecins (21) :

- Le nombre de plaintes des médecins est passé de 518 en 2006 à 968 en 2016 avec un taux de victimisation progressivement croissant de 0,25% en 2006 à 0,49% en 2016.
- 51% des agresseurs étaient des patients et **15% des accompagnants**.
- 61% des agressions étaient verbales, 7% physiques et 31% des agressions correspondaient à une atteinte aux biens (19% de vol, 10% de vandalisme, 4% de falsifications d'ordonnances).
- 48% de ces agressions se sont passées en centre-ville, 22% en banlieue et 15% en milieu rural.

- 75% de ces agressions ont eu lieu dans le cadre d'un exercice de ville dont 59% au cabinet médical, 10% en établissement de soins et 1% en médecine du travail.
- Dans 7% des cas, ces agressions ont donné lieu à une interruption de travail du médecin.
- Les motifs de ces agressions étaient dans 31% des cas un reproche relatif à une prise en charge, 18% un vol, 17% un refus de prescription (médicament, arrêt de travail), 10% un temps d'attente jugé excessif, 10% une falsification de document (certificat, ordonnance).

IV. Des patients et médecins globalement satisfaits

Selon La Grande Consultation du CNOM de 2014 (22):

- Les patients seraient globalement satisfaits de leur relation avec les médecins. Elle serait bonne voire très bonne dans plus de 90% des cas avec leur médecin traitant, spécialiste libéral ou médecin hospitalier. Elle serait bonne voire très bonne dans 86% des cas avec leur médecin du travail.
- Les patients seraient satisfaits des médecins dans plus de 80% des cas concernant leurs attentes sur le secret médical, la qualité des soins, l'information et l'écoute. Ils seraient un peu moins satisfaits par le temps pour obtenir un rendez-vous (69%) et le temps dédié à la prévention (73%).
- Concernant les médecins, 61% se disent satisfaits de leur situation professionnelle avec 88% des médecins satisfaits de leur relation avec les patients et 89% satisfaits de la relation avec leurs confrères.
- Cependant **46% des médecins trouvent que la relation médecin-patient se détériore** contre seulement 14% qui trouvent qu'elle s'améliore.

V. La population médicale en Haute-Garonne

Selon l'Insee, en 2017, la Haute Garonne comptait 1 344 579 habitants.

Selon l'Atlas Régional de Démographie Médicale en région Midi Pyrénées 2015, le département Haute-Garonne comptait 7027 médecins avec la plus forte hausse de la démographie médicale de la région entre 2007 et 2015, évaluée à 16,5%, en lien avec la forte hausse de médecins retraités-actifs (4899 en activité régulière soit 2950 spécialistes et 1949 médecins généralistes).

Lors de la réalisation de l'étude, il y avait environ 7300 médecins inscrits au CDOM31 (pas de chiffres officiels disponibles à cette date).

La densité médicale en 2015 dans le département Haute-Garonne était de 377,6 médecins pour 100 000 habitants, soit une densité élevée.

L'âge moyen des médecins généralistes était de 51 ans avec une répartition homme-femme égale. Le taux de médecins de moins de 40 ans était de 18% et le taux de médecins de 60 ans ou plus était de 26%.

L'âge moyen des spécialistes était de 50 ans avec une répartition homme-femme égale. Le taux de médecins de moins de 40 ans était de 22% et le taux de médecins de 60 ans ou plus était de 26%.

Les modes d'exercice pour les médecins en activité régulière se répartissaient en Haute Garonne en :

- 52,3% de médecins libéraux
- 39,1% de médecins salariés
- 8,6% de médecins en activité mixte

MATERIELS ET METHODE

I. Eléments ayant motivé ce sujet de thèse

Ce sujet de thèse a été proposé par le Dr Mailys Michot-Casbas, membre de l'EREMIP, afin de contribuer à la recherche bibliographique, au recueil de données et à l'analyse des résultats de cette étude préliminaire, proposée par le Dr Jean Thevenot président du CDOM 31 et membre de l'EREMIP. Ce travail avait pour objectif final la réalisation de fiches guides pratiques, afin d'aider les médecins dans la gestion des difficultés relationnelles liées à une tierce personne. Ce travail s'inspire de celui ayant abouti aux fiches « soins et laïcité » élaborées par ces deux instances.

II. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la prévalence de l'exposition des différentes spécialités médicales à une liste de situations, où la relation de soin est rendue difficile, par la présence ou l'absence d'une tierce personne.

Les objectifs secondaires étaient :

- d'estimer la fréquence de ces expositions
- de comparer et interpréter les différences d'exposition entre spécialités
- de recueillir les commentaires des médecins interrogés
- d'émettre des hypothèses sur les causes de ces difficultés et de proposer des pistes d'amélioration

III. Le protocole de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale observationnelle quantitative par diffusion d'un questionnaire par e-mail.

L'étude a été réalisée en partenariat avec le CDOM31 et l'EREMIP.

Le questionnaire a été le fruit d'un travail de réflexion de groupe pluridisciplinaire réunissant des médecins de diverses spécialités, des juristes, des philosophes et du personnel paramédical, membres de l'EREMIP ou du CDOM 31.

Ce travail de groupe était supervisé par le président du CDOM 31, le Dr Jean THEVENOT, et par les présidents de l'EREMIP, le Pr Jacques LAGARRIGUE et le Dr Catherine DUPRE-GOUDABLE, accompagnés de leur équipe.

Le questionnaire mentionnait l'objectif de l'étude et sa finalité. Il interrogeait le médecin sur sa spécialité, puis par question fermée sur sa confrontation ou non à une liste non exhaustive de 18 situations difficiles impliquant une tierce personne durant l'année précédente, dont 11 ont été retenues pour ce travail de thèse.

Chaque question comportait une sous question évaluant la fréquence d'exposition puis une zone de commentaire libre. Une dernière question ouverte interrogeait sur d'autres confrontations potentielles à des situations non mentionnées dans le questionnaire.

Le questionnaire contenait d'autres questions ne correspondant pas au sujet de cette thèse et qui ne seront donc pas abordées ici.

Afin de valider sa compréhension, le questionnaire a été testé et validé par 3 médecins hospitaliers, un interne de médecine générale et une lectrice ne faisant pas partie du milieu médical. Ces 5 « testeurs » n'ont pas participé à l'élaboration du questionnaire.

Le questionnaire a été envoyé le 12/01/17 sur la mail-liste des médecins inscrits au CDOM 31 avec une explication sur l'objectif de l'étude. Le critère d'inclusion était l'appartenance à cette mail-liste. Le médecin interrogé devait ensuite cliquer sur un lien le dirigeant sur le questionnaire interactif en ligne, pour le recueil des données. Le questionnaire était anonyme et n'identifiait que la spécialité du médecin.

Les résultats ont été recueillis par un outil informatique de sondage en ligne appelé EVAL & GO, fournit par l'EREMIP.

L'analyse intermédiaire réalisée à la moitié de l'échantillon total à l'aide de l'outil EVAL & GO montrait les mêmes résultats que pour l'échantillon complet. Il a été décidé de ne pas faire de relance compte tenu de ce résultat et l'enquête a été clôturée le 20/02/17.

Les résultats ont ensuite été collectés sur tableur Excel afin d'analyser plus finement les données et d'exclure les doublons et les questionnaires ne contenant pas de réponse.

IV. Le contenu du questionnaire

1. La population étudiée

Cette question s'intéressait à la spécialité médicale du médecin interrogé sous forme de question ouverte

2. La confrontation à une relation de soin difficile liée à une tierce personne

Ces questions fermées évaluaient la confrontation aux difficultés dans la relation de soin liées à la présence ou l'absence d'une tierce personne dans l'année écoulée avant la réception du questionnaire. Les 11 situations retenues étaient tirées de la liste élaborée par le CDOM31 et l'EREMIP et étaient les suivantes :

« Dans l'année écoulée, par la présence ou l'absence d'un tiers, avez-vous été déjà confronté, dans votre exercice, à des difficultés dans la relation de soin:

Q1) Du fait des parents de l'enfant malade ?

Q2) Avec le conjoint de votre patient(e) ?

- Q3) Du fait d'un environnement familial conflictuel ?
- Q4) Du fait de la présence de la personne de confiance ?
- Q5) Avec l'entourage d'un patient en fin de vie ?
- Q6) Face à un accompagnant lors d'une consultation médicale ?
- Q7) Dans la prise en charge d'un majeur protégé ?
- Q8) Par l'absence de traducteur face à des problèmes de langage ?
- Q9) Dans l'annonce de maladies graves ?
- Q10) Du fait de la multiplicité des soignants ?
- Q11) Du fait de l'absence de tiers ? »

3. La fréquence

Les médecins ayant répondu affirmativement aux questions concernant la confrontation à une situation difficile devaient répondre à une sous question évaluant la fréquence d'exposition à cette situation. Des valeurs numériques ont été attribuées à ces fréquences d'exposition comme détaillé dans le tableau 2.

4. Les commentaires libres

Chaque question avait un espace dédié à la rédaction d'un commentaire libre.

5. Autres situations

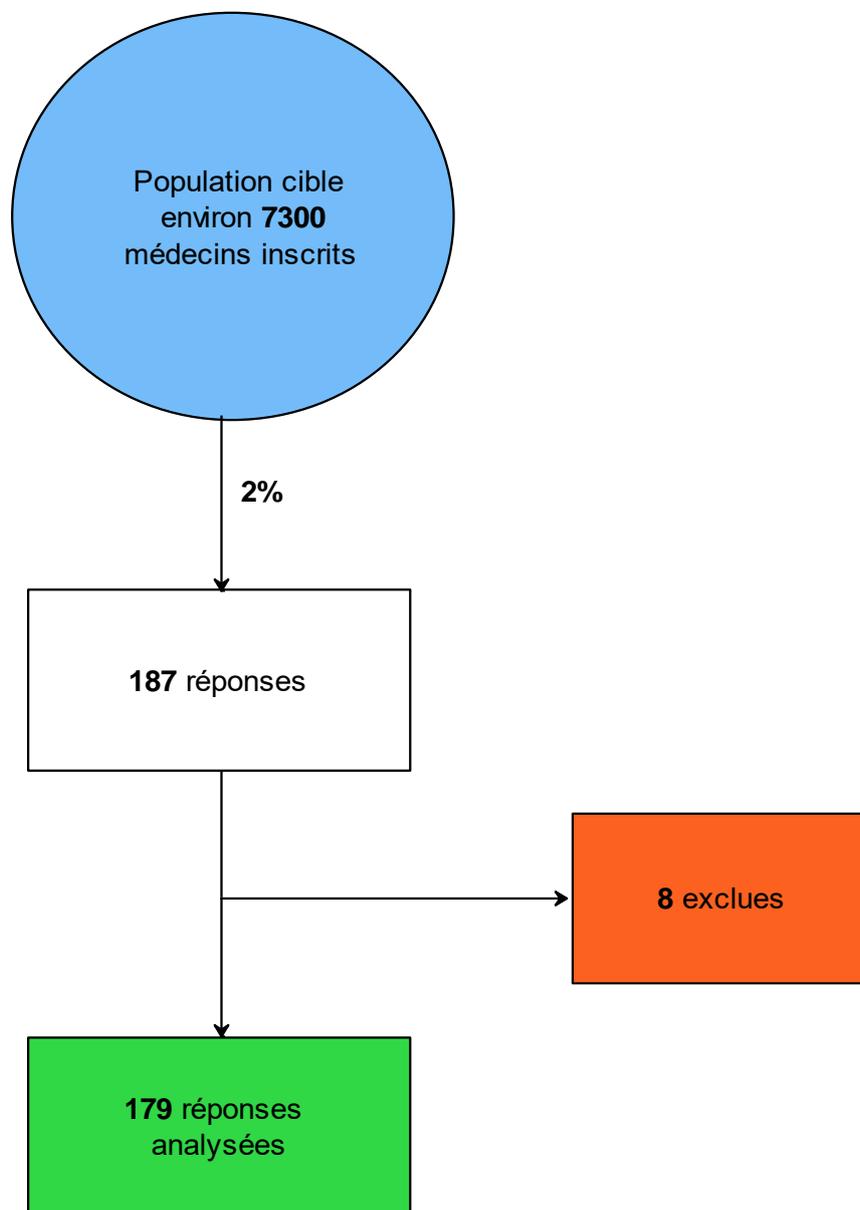
Cette question ouverte interrogeait sur la confrontation ou non à d'autres situations difficiles impliquant une tierce personne, non mentionnées dans le questionnaire.

RESULTATS

Le questionnaire a été envoyé à la mail-liste des médecins inscrits à l'ordre du département Haute-Garonne, il ciblait environ 7300 médecins lors de l'étude.

187 réponses ont été obtenues sous forme de fiches, soit un échantillon d'environ 2% de la population étudiée. Les fiches n'indiquant pas la spécialité médicale (3), les fiches vides (4) et les doublons (1) ont été exclus de l'analyse, soit 8 fiches.

Au total 179 questionnaires ont été analysés.



I. Population étudiée

Parmi ces 179 médecins, 74 étaient des médecins généralistes et 105 pratiquaient une autre spécialité.

Les spécialités des médecins interrogés sont détaillées dans le tableau 1.

Tableau 1. Spécialités des médecins interrogés

Spécialités	Nombre	Pourcentage
Médecine générale	74	41,34 %
Psychiatrie / Pédiopsychiatrie	12	6,70 %
Anesthésie-Réanimation	12	6,70 %
Pédiatrie	7	3,91 %
Médecine du travail	6	3,35 %
Gériatrie	6	3,35 %
Urgentiste-SAMU	5	2,79 %
Gynécologie-obstétrique	5	2,79 %
Ophthalmologie	5	2,79 %
Rhumatologie	4	2,23 %
Endocrino-Diabétologie	4	2,23 %
Oncologie / Hématologie	3	1,68 %
Dermatologie	3	1,68 %
Chirurgie urologique	3	1,68 %
Chirurgie orthopédique	3	1,68 %
Chirurgie plastique	3	1,68 %
Soins palliatifs	2	1,12 %
Chirurgie digestive	2	1,12 %
Cardiologie	2	1,12 %
Hépto-gastro-entérologie	2	1,12 %
Génétique médicale	2	1,12 %
Biologie médicale	2	1,12 %
SAMU pédiatrique	1	0,56 %
Chirurgie maxillo-faciale	1	0,56 %
Chirurgie thoracique	1	0,56 %
Chirurgie vasculaire	1	0,56 %
Chirurgie générale	1	0,56 %
Angiologie	1	0,56 %
Pneumologie	1	0,56 %
MPR	1	0,56 %
Médecine interne	1	0,56 %
Néphrologie	1	0,56 %
Radiologie	1	0,56 %
Santé publique	1	0,56 %
Total	179	100%

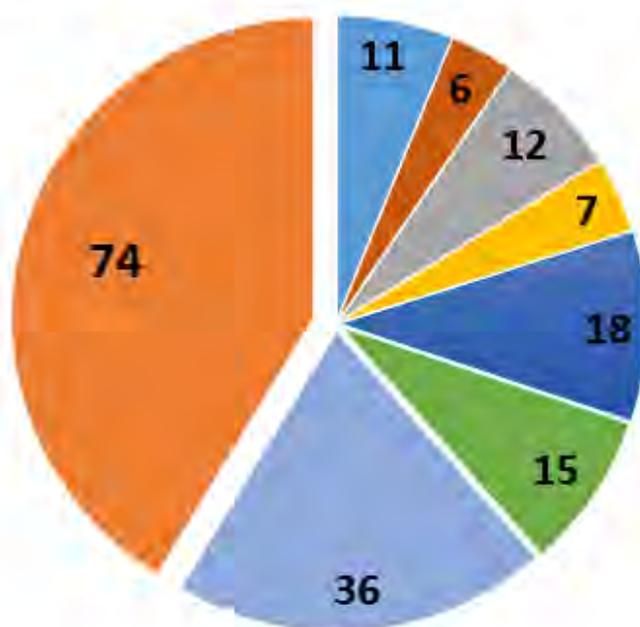
II. Population répartie en groupes

Pour faciliter l'interprétation des résultats, 8 groupes ont été créés en fonction du type d'exercice prenant en compte :

- la spécialité (médicale, chirurgicale ou psychiatrique)
- l'âge des patients pris en charge
- l'exposition à l'urgence vitale et à la fin de vie.

Ces groupes sont détaillés dans le diagramme 1.

Diagramme 1
Répartition des médecins en groupes



- Spécialités liées à la fin de vie (gériatrie, oncologie, soins palliatifs)
- Médecins du travail
- Psychiatres
- Pédiatres
- Spécialités liées à l'urgence vitale (SAMU, urgentistes, anesthésistes-réanimateurs)
- Spécialités chirurgicales
- Autres spécialités médicales
- Médecins généralistes

III. Réponses des médecins interrogés

1. Présentation des résultats

Les réponses sont détaillées sous forme de tableau.

Le tableau 2 détaille les valeurs numériques attribuées aux fréquences d'expositions.

Les taux d'expositions des médecins à chaque situation dans l'année précédente, avec la fréquence de l'exposition, sont détaillés dans les tableaux 3, questions 1 à 11.

Les expositions des médecins généralistes aux différentes situations sont résumées dans le tableau 4.

Pour l'analyse, les valeurs attribuées aux fréquences d'expositions ont été additionnées pour chaque spécialité. Le total est rapporté dans la colonne appelée FEC* (Fréquence d'Exposition Cumulée).

Cette FEC a été ensuite divisée par le nombre de médecins de la spécialité concernée. La valeur retrouvée est rapportée dans la colonne FEM** (Fréquence d'Exposition Moyenne). Cette FEM reflète la fréquence d'exposition à la situation, par médecin de chaque spécialité. Plus elle est élevée, plus les médecins sont fréquemment confrontés à la situation.

Tableau 2. Valeurs numériques attribuées au niveau de fréquence

0 à 1	2 à 3	4 à 6	7 à 10
Jamais ou peu fréquemment	Fréquemment	Très fréquemment	Quotidiennement

***Fréquence d'Exposition Cumulée** : somme des valeurs associées aux fréquences d'exposition des médecins du groupe

****Fréquence d'Exposition Moyenne** : FEC divisée par le nombre de médecins du groupe

2. Résultats par situation

Dans l'année écoulée, par la présence ou l'absence de tiers, avez-vous déjà été confronté(e) dans votre exercice à des difficultés dans la relation de soin:

Tableau 3. Question 1: Du fait des parents de l'enfant malade ?

Groupes	OUI		NON		FEC	FEM
	n	%	n	%		
Total médecins (n=179)	65	36,31	114	63,69	273	1,53
Médecine générale (n=74)	35	47,30	39	52,70	163	2,20
Pédiatrie (n=7)	5	71,43	2	28,57	20	2,26
Psychiatrie (n=12)	6	50	6	50	24	2
Médecine du travail (n=6)	0	0	6	100	0	0
Spé urgence (n=18)	10	55,55	8	44,55	40	2,22
<i>Urgentiste-SAMU</i>	5	100	0	0	25	5
<i>Anesthésie-Réanimation</i>	4	33,33	8	66,67	5	0,42
<i>SAMU pédiatrique</i>	1	100	0	0	10	10
Spé fin de vie (n=11)	0	0	11	100	0	0
<i>Oncologie/ Hématologie</i>	0	0	3	100	0	0
<i>Soins palliatifs</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Gériatrie</i>	0	0	6	100	0	0
Spé chirurgicales (n=15)	3	20	12	80	8	0,53
<i>Chirurgie digestive</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Chirurgie maxillo-faciale</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Chirurgie urologique</i>	1	33,33	2	66,67	2	0,67
<i>Chirurgie thoracique</i>	1	100	0	0	3	3
<i>Chirurgie vasculaire</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Chirurgie orthopédique</i>	1	33,33	2	66,67	3	1
<i>Chirurgie plastique</i>	0	0	3	100	0	0
<i>Chirurgie générale</i>	0	0	1	100	0	0
Autres spé (n=36)	6	16,67	30	83,33	19	0,56
<i>Cardiologie</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Angiologie</i>	1	100	0	0	1	1
<i>Pneumologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Hépto-gastroentérologie</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Gynécologie-obstétrique</i>	0	0	5	100	0	0
<i>MPR</i>	1	100	0	0	1	1
<i>Rhumatologie</i>	0	0	4	100	0	0
<i>Médecine interne</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Néphrologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Radiologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Ophthalmologie</i>	2	40	3	60	15	3
<i>Dermatologie</i>	1	33,33	2	66,67	1	0,33
<i>Endocrino-Diabétologie</i>	1	25	3	75	2	0,5
<i>Génétique médicale</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Biologie médicale</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Santé publique</i>	0	0	1	100	0	0

Tableau 3. Question 2 : Avec le conjoint de votre patient(e) ?

Groupes	OUI		NON		FEC	FEM
	n	%	n	%		
Total médecins (n=179)	91	50,84	88	49,16	331	1,85
Médecine générale (n=74)	42	56,76	32	43,24	148	2
Pédiatrie (n=7)	0	0	7	100	0	0
Psychiatrie (n=12)	5	41,67	7	58,33	20	1,67
Médecine du travail (n=6)	4	66,67	2	33,33	17	2,83
Spé urgence (n=18)	10	55,56	8	44,44	57	3,17
<i>Urgentiste-SAMU</i>	5	100	0	0	17	3,4
<i>Anesthésie-Réanimation</i>	5	41,67	7	58,33	40	3,33
<i>SAMU pédiatrique</i>	0	0	1	0	0	0
Spé fin de vie (n=11)	8	72,73	3	27,27	23	2,09
<i>Oncologie/ Hématologie</i>	2	66,67	1	33,33	6	2
<i>Soins palliatifs</i>	1	50,00	1	50,00	2	1
<i>Gériatrie</i>	5	83,33	1	16,67	15	2,5
Spé chirurgicales (n=15)	6	40	9	60	29	1,93
<i>Chirurgie digestive</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Chirurgie maxillo-faciale</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Chirurgie urologique</i>	2	66,67	1	33,33	17	5,67
<i>Chirurgie thoracique</i>	1	100	0	0	3	3
<i>Chirurgie vasculaire</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Chirurgie orthopédique</i>	1	33,33	2	66,67	5	1,67
<i>Chirurgie plastique</i>	2	66,67	1	33,33	4	1,33
<i>Chirurgie générale</i>	0	0	1	0	0	0
Autres spé (n=36)	16	44,44	20	55,56	37	1,03
<i>Cardiologie</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Angiologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Pneumologie</i>	1	100	0	0	2	2
<i>Hépto-gastroentérologie</i>	1	50	1	50	4	2
<i>Gynécologie-obstétrique</i>	4	80	1	20	8	1,6
<i>MPR</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Rhumatologie</i>	3	75	1	25	7	1,75
<i>Médecine interne</i>	1	100	0	0	1	1
<i>Néphrologie</i>	1	100	0	0	2	2
<i>Radiologie</i>	1	100	0	0	2	2
<i>Ophthalmologie</i>	1	20	4	80	2	0,4
<i>Dermatologie</i>	1	33,33	2	66,67	6	2
<i>Endocrino-Diabétologie</i>	1	25	3	75	2	0,5
<i>Génétique médicale</i>	1	50	1	50	1	0,5
<i>Biologie médicale</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Santé publique</i>	0	0	1	100	0	0

Tableau 3. Question 3 : Du fait d'un environnement familial conflictuel ?

Groupes	OUI		NON		FEC	FEM
	n	%	n	%		
Total médecins (n=179)	97	54,19	82	45,81	352	1,97
Médecine générale (n=74)	41	55,40	33	44,59	150	2,03
Pédiatrie (n=7)	4	57,14	3	42,86	17	2,43
Psychiatrie (n=12)	5	41,67	7	58,33	33	2,75
Médecine du travail (n=6)	0	0	6	100	0	0
Spé urgence (n=18)	13	72,22	5	27,78	54	3
<i>Urgentiste-SAMU</i>	5	100	0	0	19	3,8
<i>Anesthésie-Réanimation</i>	7	58,33	5	41,67	33	2,75
<i>SAMU pédiatrique</i>	1	100	0	0	2	2
Spé fin de vie (n=11)	11	100	0	0	45	4,09
<i>Oncologie/ Hématologie</i>	3	100	0	0	8	2,67
<i>Soins palliatifs</i>	2	100	0	0	14	7
<i>Gériatrie</i>	6	100	0	0	23	3,83
Spé chirurgicales (n=15)	9	60	6	40	25	1,67
<i>Chirurgie digestive</i>	2	100	0	0	3	1,5
<i>Chirurgie maxillo-faciale</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Chirurgie urologique</i>	2	66,67	1	33,33	12	4
<i>Chirurgie thoracique</i>	1	100	0	0	5	5
<i>Chirurgie vasculaire</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Chirurgie orthopédique</i>	2	66,67	1	33,33	3	1
<i>Chirurgie plastique</i>	1	33,33	2	66,67	1	0,33
<i>Chirurgie générale</i>	1	100	0	0	1	1
Autres spé (n=36)	14	38,89	22	61,11	28	0,78
<i>Cardiologie</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Angiologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Pneumologie</i>	1	100	0	0	4	4
<i>Hépatogastroentérologie</i>	1	50	1	50	2	1
<i>Gynécologie-obstétrique</i>	1	20	4	80	1	0,2
<i>MPR</i>	1	100	0	0	1	1
<i>Rhumatologie</i>	3	75	1	25	5	1,25
<i>Médecine interne</i>	1	100	0	0	1	1
<i>Néphrologie</i>	1	100	0	0	1	1
<i>Radiologie</i>	1	100	0	0	2	2
<i>Ophtalmologie</i>	1	20	4	80	5	1
<i>Dermatologie</i>	1	33,33	2	66,67	1	0,33
<i>Endocrino-Diabétologie</i>	1	25	3	75	2	0,5
<i>Génétique médicale</i>	1	50	1	50	3	1,5
<i>Biologie médicale</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Santé publique</i>	0	0	1	100	0	0

Tableau 3. Question 4 : Du fait de la présence de la personne de confiance ?

Groupes	OUI		NON		FEC	FEM
	n	%	n	%		
Total médecins (n=179)	18	10,06	161	89,94	39	0,22
Médecine générale (n=74)	4	5,41	70	94,59	14	0,19
Pédiatrie (n=7)	1	14,29	6	85,71	1	0,14
Psychiatrie (n=12)	1	8,33	11	91,67	2	0,17
Médecine du travail (n=6)	0	0	6	100	0	0
Spé urgence (n=18)	3	16,67	15	83,33	10	0,56
<i>Urgentiste-SAMU</i>	2	40	3	60	8	1,6
<i>Anesthésie-Réanimation</i>	1	8,33	11	97,67	1	0,08
<i>SAMU pédiatrique</i>	0	0	1	100	1	1
Spé fin de vie (n=11)	5	45,45	6	54,55	6	0,55
<i>Oncologie/ Hématologie</i>	2	66,67	1	33,33	3	1
<i>Soins palliatifs</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Gériatrie</i>	3	50	3	50	3	0,5
Spé chirurgicales (n=15)	2	13,33	13	86,67	4	0,27
<i>Chirurgie digestive</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Chirurgie maxillo-faciale</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Chirurgie urologique</i>	1	33,33	2	66,67	1	0,33
<i>Chirurgie thoracique</i>	1	100	0	0	3	3
<i>Chirurgie vasculaire</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Chirurgie orthopédique</i>	0	0	3	100	0	0
<i>Chirurgie plastique</i>	0	0	3	100	0	0
<i>Chirurgie générale</i>	0	0	1	100	0	0
Autres spé (n=36)	2	5,56	34	94,44	2	0,06
<i>Cardiologie</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Angiologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Pneumologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Hépatogastroentérologie</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Gynécologie-obstétrique</i>	0	0	5	100	0	0
<i>MPR</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Rhumatologie</i>	0	0	4	100	0	0
<i>Médecine interne</i>	1	100	0	0	1	1
<i>Néphrologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Radiologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Ophtalmologie</i>	0	0	5	100	0	0
<i>Dermatologie</i>	1	33,33	2	66,67	1	0,33
<i>Endocrino-Diabétologie</i>	0	0	4	100	0	0
<i>Génétique médicale</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Biologie médicale</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Santé publique</i>	0	0	1	100	0	0

Tableau 3. Question 5 : Avec l'entourage d'un patient en fin de vie ?

Groupes	OUI		NON		FEC	FEM
	n	%	n	%		
Total médecins (n=179)	53	29,61	126	70,39	137	0,77
Médecine générale (n=74)	26	35,14	48	64,86	61	0,82
Pédiatrie (n=7)	0	0	7	100	0	0
Psychiatrie (n=12)	0	0	12	100	0	0
Médecine du travail (n=6)	0	0	6	100	0	0
Spé urgence (n=18)	9	50	9	50	23	1,28
<i>Urgentiste-SAMU</i>	3	60	2	40	6	1,2
<i>Anesthésie-Réanimation</i>	5	41,67	7	58,33	13	1,08
<i>SAMU pédiatrique</i>	1	100	0	0	4	4
Spé fin de vie (n=11)	11	100	0	0	39	3,54
<i>Oncologie/ Hématologie</i>	3	100	0	0	13	4,33
<i>Soins palliatifs</i>	2	100	0	0	14	7
<i>Gériatrie</i>	6	100	0	0	12	2
Spé chirurgicales (n=15)	3	20	12	80	6	0,4
<i>Chirurgie digestive</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Chirurgie maxillo-faciale</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Chirurgie urologique</i>	2	66,67	1	33,33	3	1
<i>Chirurgie thoracique</i>	1	100	0	0	3	3
<i>Chirurgie vasculaire</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Chirurgie orthopédique</i>	0	0	3	100	0	0
<i>Chirurgie plastique</i>	0	0	3	100	0	0
<i>Chirurgie générale</i>	0	0	1	100	0	0
Autres spé (n=36)	4	11,11	32	88,89	8	0,22
<i>Cardiologie</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Angiologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Pneumologie</i>	1	100	0	0	6	4
<i>Hépto-gastroentérologie</i>	1	50	1	50	2	1
<i>Gynécologie-obstétrique</i>	0	0	5	100	0	0
<i>MPR</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Rhumatologie</i>	1	25	3	75	1	0,25
<i>Médecine interne</i>	1	100	0	0	1	1
<i>Néphrologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Radiologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Ophtalmologie</i>	0	0	5	100	0	0
<i>Dermatologie</i>	0	0	3	100	0	0
<i>Endocrino-Diabétologie</i>	0	0	4	100	0	0
<i>Génétique médicale</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Biologie médicale</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Santé publique</i>	0	0	1	100	0	0

Tableau 3. Question 6 : Face à un accompagnant lors d'une consultation médicale ?

Groupes	OUI		NON		FEC	FEM
	n	%	n	%		
Total médecins (n=179)	84	46,93	95	53,07	212	1,18
Médecine générale (n=74)	39	52,70	35	47,30	119	1,61
Pédiatrie (n=7)	3	42,86	4	57,14	3	0,43
Psychiatrie (n=12)	4	33,33	8	66,67	5	0,42
Médecine du travail (n=6)	5	83,33	1	16,67	19	3,17
Spé urgence (n=18)	9	50	9	50	20	1,11
<i>Urgentiste-SAMU</i>	4	80	1	20	10	2
<i>Anesthésie-Réanimation</i>	5	41,67	7	58,33	10	0,83
<i>SAMU pédiatrique</i>	0	0	1	100	0	0
Spé fin de vie (n=11)	3	27,27	8	72,73	4	0,36
<i>Oncologie/ Hématologie</i>	1	33,33	2	66,67	2	0,67
<i>Soins palliatifs</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Gériatrie</i>	2	33,33	4	66,67	2	3,33
Spé chirurgicales (n=15)	6	40	9	60	14	0,93
<i>Chirurgie digestive</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Chirurgie maxillo-faciale</i>	1	100	0	0	2	2
<i>Chirurgie urologique</i>	2	66,67	1	33,33	5	1,67
<i>Chirurgie thoracique</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Chirurgie vasculaire</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Chirurgie orthopédique</i>	1	33,33	2	66,67	5	1,67
<i>Chirurgie plastique</i>	2	66,67	1	33,33	2	0,67
<i>Chirurgie générale</i>	0	0	1	100	0	0
Autres spé (n=36)	15	41,67	21	58,33	28	0,78
<i>Cardiologie</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Angiologie</i>	1	100	0	0	0	0
<i>Pneumologie</i>	1	100	0	0	1	1
<i>Hépatogastroentérologie</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Gynécologie-obstétrique</i>	2	40	3	60	2	0,4
<i>MPR</i>	1	100	0	0	1	1
<i>Rhumatologie</i>	2	50	2	50	3	0,75
<i>Médecine interne</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Néphrologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Radiologie</i>	1	100	0	0	3	3
<i>Ophtalmologie</i>	2	40	3	60	4	0,8
<i>Dermatologie</i>	2	66,67	1	33,33	11	3,67
<i>Endocrino-Diabétologie</i>	1	25	3	75	1	0,25
<i>Génétique médicale</i>	2	100	0	0	2	1
<i>Biologie médicale</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Santé publique</i>	0	0	1	100	0	0

Tableau 3. Question 7 : Dans la prise en charge d'un majeur protégé ?

Groupes	OUI		NON		FEC	FEM
	n	%	n	%		
Total médecins (n=179)	33	18,44	146	81,56	82	0,46
Médecine générale (n=74)	17	22,98	57	77,02	46	0,65
Pédiatrie (n=7)	0	0	7	100	0	0
Psychiatrie (n=12)	6	50	6	50	11	0,92
Médecine du travail (n=6)	1	16,67	5	83,33	6	1
Spé urgence (n=18)	4	22,22	14	77,78	9	0,5
<i>Urgentiste-SAMU</i>	1	20	4	80	1	0,2
<i>Anesthésie-Réanimation</i>	3	25	9	75	8	0,67
<i>SAMU pédiatrique</i>	0	0	1	100	0	0
Spé fin de vie (n=11)	3	27,27	8	72,73	5	0,45
<i>Oncologie/ Hématologie</i>	1	33,33	2	66,67	1	0,33
<i>Soins palliatifs</i>	1	50	1	50	2	1
<i>Gériatrie</i>	1	16,67	5	83,33	2	0,33
Spé chirurgicales (n=15)	0	0	15	100	0	0
<i>Chirurgie digestive</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Chirurgie maxillo-faciale</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Chirurgie urologique</i>	0	0	3	100	0	0
<i>Chirurgie thoracique</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Chirurgie vasculaire</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Chirurgie orthopédique</i>	0	0	3	100	0	0
<i>Chirurgie plastique</i>	0	0	3	100	0	0
<i>Chirurgie générale</i>	0	0	1	100	0	0
Autres spé (n=36)	2	5,56	34	94,44	3	0,08
<i>Cardiologie</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Angiologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Pneumologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Hépatogastroentérologie</i>	1	50	1	50	1	1
<i>Gynécologie-obstétrique</i>	0	0	5	100	0	0
<i>MPR</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Rhumatologie</i>	0	0	4	100	0	0
<i>Médecine interne</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Néphrologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Radiologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Ophtalmologie</i>	0	0	5	100	0	0
<i>Dermatologie</i>	1	33,33	2	66,67	1	0,33
<i>Endocrino-Diabétologie</i>	0	0	4	100	0	0
<i>Génétique médicale</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Biologie médicale</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Santé publique</i>	0	0	1	100	0	0

Tableau 3. Question 8 : Par absence de traducteur face à des problèmes de langage?

Groupes	OUI		NON		FEC	FEM
	n	%	n	%		
Total médecins (n=179)	101	56,42	78	43,58	573	3,20
Médecine générale (n=74)	40	54,05	34	45,95	248	3,35
Pédiatrie (n=7)	4	57,14	3	42,86	5	0,71
Psychiatrie (n=12)	5	41,67	7	58,33	31	2,25
Médecine du travail (n=6)	4	66,67	2	33,33	36	6
Spé urgence (n=18)	14	77,78	4	22,22	64	3,56
<i>Urgentiste-SAMU</i>	3	60	2	40	11	2,2
<i>Anesthésie-Réanimation</i>	10	83,33	2	16,67	48	4
<i>SAMU pédiatrique</i>	1	100	0	0	5	5
Spé fin de vie (n=11)	2	18,18	9	81,82	4	0,36
<i>Oncologie/ Hématologie</i>	1	33,33	2	66,67	3	1
<i>Soins palliatifs</i>	1	50	1	50	1	0,5
<i>Gériatrie</i>	0	0	6	100	0	0
Spé chirurgicales (n=15)	8	53,33	7	46,67	59	3,93
<i>Chirurgie digestive</i>	1	50	1	50	10	5
<i>Chirurgie maxillo-faciale</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Chirurgie urologique</i>	1	33,33	2	66,67	30	10
<i>Chirurgie thoracique</i>	1	100	0	0	2	2
<i>Chirurgie vasculaire</i>	1	100	0	0	1	1
<i>Chirurgie orthopédique</i>	2	66,67	1	33,33	6	2
<i>Chirurgie plastique</i>	1	33,33	2	66,67	5	1,67
<i>Chirurgie générale</i>	1	100	0	0	5	5
Autres spé (n=36)	24	66,67	12	33,33	126	3,22
<i>Cardiologie</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Angiologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Pneumologie</i>	1	100	0	0	3	3
<i>Hépatogastroentérologie</i>	2	100	0	0	5	2,5
<i>Gynécologie-obstétrique</i>	4	80	1	20	26	5,2
<i>MPR</i>	1	100	0	0	10	10
<i>Rhumatologie</i>	3	75	1	25	6	1,5
<i>Médecine interne</i>	1	100	0	0	1	1
<i>Néphrologie</i>	1	100	0	0	1	1
<i>Radiologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Ophtalmologie</i>	4	80	1	20	45	9
<i>Dermatologie</i>	3	100	0	0	14	4,67
<i>Endocrino-Diabétologie</i>	2	50	2	50	3	0,75
<i>Génétique médicale</i>	1	50	1	50	1	0,5
<i>Biologie médicale</i>	1	50	1	50	1	0,5
<i>Santé publique</i>	0	0	1	100	0	0

Tableau 3. Question 9 : Dans l'annonce de maladies graves ?

Groupes	OUI		NON		FEC	FEM
	n	%	n	%		
Total médecins (n=179)	30	16,76	149	83,24	74	0,41
Médecine générale (n=74)	15	20,27	59	79,73	25	0,34
Pédiatrie (n=7)	1	14,29	6	85,71	1	0,14
Psychiatrie (n=12)	4	33,33	8	66,67	13	1,08
Médecine du travail (n=6)	1	16,67	5	83,33	7	1,17
Spé urgence (n=18)	2	11,11	16	88,89	7	0,39
<i>Urgentiste-SAMU</i>	0	0	5	100	0	0
<i>Anesthésie-Réanimation</i>	1	8,33	11	91,67	3	0,25
<i>SAMU pédiatrique</i>	1	100	0	0	4	4
Spé fin de vie (n=11)	1	9,09	10	90,91	5	0,45
<i>Oncologie/ Hématologie</i>	0	0	3	100	0	0
<i>Soins palliatifs</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Gériatrie</i>	1	16,67	5	83,33	5	0,83
Spé chirurgicales (n=15)	2	13,33	13	86,67	11	0,73
<i>Chirurgie digestive</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Chirurgie maxillo-faciale</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Chirurgie urologique</i>	1	33,33	2	66,67	1	0,33
<i>Chirurgie thoracique</i>	1	100	0	0	10	10
<i>Chirurgie vasculaire</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Chirurgie orthopédique</i>	0	0	3	100	0	0
<i>Chirurgie plastique</i>	0	0	3	100	0	0
<i>Chirurgie générale</i>	0	0	1	100	0	0
Autres spé (n=36)	4	11,11	32	88,89	5	0,14
<i>Cardiologie</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Angiologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Pneumologie</i>	1	100	0	0	2	2
<i>Hépatogastroentérologie</i>	1	50	1	50	1	0,5
<i>Gynécologie-obstétrique</i>	0	0	5	100	0	0
<i>MPR</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Rhumatologie</i>	0	0	4	100	0	0
<i>Médecine interne</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Néphrologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Radiologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Ophtalmologie</i>	1	20	4	50	1	0,2
<i>Dermatologie</i>	0	0	3	100	0	0
<i>Endocrino-Diabétologie</i>	1	25	3	75	1	0,25
<i>Génétique médicale</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Biologie médicale</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Santé publique</i>	0	0	1	100	0	0

Tableau 3. Question 10 : Du fait de la multiplicité des soignants ?

Groupes	OUI		NON		FEC	FEM
	n	%	n	%		
Total médecins (n=179)	67	37,43	111	62,57	255	1,42
Médecine générale (n=74)	39	52,70	35	47,30	129	1,74
Pédiatrie (n=7)	2	28,57	5	71,43	4	0,57
Psychiatrie (n=12)	4	33,33	8	66,67	18	1,5
Médecine du travail (n=6)	1	16,67	5	83,33	10	1,67
Spé urgence (n=18)	8	44,44	10	55,56	63	3,5
<i>Urgentiste-SAMU</i>	1	20	4	80	10	2
<i>Anesthésie-Réanimation</i>	6	50	6	50	50	4,17
<i>SAMU pédiatrique</i>	1	100	0	100	3	3
Spé fin de vie (n=11)	5	45,45	6	54,55	15	1,36
<i>Oncologie/ Hématologie</i>	3	100	0	0	9	3
<i>Soins palliatifs</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Gériatrie</i>	2	33,33	4	66,67	6	1
Spé chirurgicales (n=15)	4	26,67	11	71,43	10	0,67
<i>Chirurgie digestive</i>	1	50	1	50	2	1
<i>Chirurgie maxillo-faciale</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Chirurgie urologique</i>	0	0	3	100	0	0
<i>Chirurgie thoracique</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Chirurgie vasculaire</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Chirurgie orthopédique</i>	1	33,33	2	66,67	5	1,67
<i>Chirurgie plastique</i>	2	66,67	1	33,33	3	1
<i>Chirurgie générale</i>	0	0	1	100	0	0
Autres spé (n=36)	4	11,11	32	88,89	6	0,17
<i>Cardiologie</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Angiologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Pneumologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Hépatogastroentérologie</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Gynécologie-obstétrique</i>	1	20	4	80	2	0,4
<i>MPR</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Rhumatologie</i>	1	25	3	75	2	0,5
<i>Médecine interne</i>	1	100	0	0	1	1
<i>Néphrologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Radiologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Ophthalmologie</i>	0	0	5	100	0	0
<i>Dermatologie</i>	1	33,33	2	66,67	1	0,33
<i>Endocrino-Diabétologie</i>	0	0	4	100	0	0
<i>Génétique médicale</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Biologie médicale</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Santé publique</i>	0	0	1	100	0	0

Tableau 3. Question 11 : Du fait de l'absence de tiers ?

Groupes	OUI		NON		FEC	FEM
	n	%	n	%		
Total médecins (n=179)	56	31,28	123	68,72	172	0,96
Médecine générale (n=74)	30	40,54	54	59,46	88	1,19
Pédiatrie (n=7)	1	14,29	6	85,71	1	0,14
Psychiatrie (n=12)	4	33,33	8	66,67	9	0,75
Médecine du travail (n=6)	1	16,67	5	83,33	2	0,33
Spé urgence vitale (n=18)	5	27,28	13	72,72	25	1,39
<i>Urgentiste-SAMU</i>	2	40	3	60	6	1,2
<i>Anesthésie-Réanimation</i>	3	25	9	75	19	1,58
<i>SAMU pédiatrique</i>	0	0	1	100	0	0
Spé fin de vie (n=11)	5	45,45	6	54,55	10	0,90
<i>Oncologie/ Hématologie</i>	1	33,33	2	66,67	1	0,33
<i>Soins palliatifs</i>	1	50	1	50	1	0,5
<i>Gériatrie</i>	3	50	3	50	8	1,33
Spé chirurgicales (n=15)	2	13,33	13	86,67	11	0,73
<i>Chirurgie digestive</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Chirurgie maxillo-faciale</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Chirurgie urologique</i>	2	66,67	1	33,33	11	3,67
<i>Chirurgie thoracique</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Chirurgie vasculaire</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Chirurgie orthopédique</i>	0	0	3	100	0	0
<i>Chirurgie plastique</i>	0	0	3	100	0	0
<i>Chirurgie générale</i>	0	0	1	100	0	0
Autres spé (n=36)	8	22,22	28	77,78	26	0,72
<i>Cardiologie</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Angiologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Pneumologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Hépatogastroentérologie</i>	1	50	1	50	1	0,5
<i>Gynécologie-obstétrique</i>	1	20	4	80	10	2
<i>MPR</i>	1	100	0	0	2	2
<i>Rhumatologie</i>	1	25	3	75	4	1
<i>Médecine interne</i>	1	100	0	0	1	1
<i>Néphrologie</i>	1	100	0	0	2	2
<i>Radiologie</i>	0	0	1	100	0	0
<i>Ophthalmologie</i>	1	20	4	80	5	1
<i>Dermatologie</i>	0	0	3	100	0	0
<i>Endocrino-Diabétologie</i>	0	0	4	100	0	0
<i>Génétique médicale</i>	1	50	1	50	1	0,5
<i>Biologie médicale</i>	0	0	2	100	0	0
<i>Santé publique</i>	0	0	1	100	0	0

3. Autres situations difficiles mentionnées dans les commentaires incluant un tiers

- Immixtion d'une **instance religieuse** dans la prise de décision médicale ou dans les actes médicaux.
- Implication **d'internet** dans l'annonce d'une maladie via les résultats d'analyses biologiques reçus par mail.
- Difficultés dans la relation avec les **EHPAD**.
- Confidentialité dans **l'environnement pénitentiaire**.
- Immixtion dans la relation de soin de **l'employeur** ou des **organisations syndicales**.
- Difficultés de paiement et dans la relation avec les **Caisses d'Assurance Maladie**.

4. Résultats pour la spécialité médecine générale

*Pour les classements par spécialités, seules les spécialités dont au moins 5 médecins ont répondu au questionnaire sont prises en compte

Tableau 4. Médecins Généralistes (n=74)

	Oui		Oui Moyenne échantillon total	Classement par spécialité* ou groupe	groupe ou Spécialité* la plus exposée	FEM	FEM par spécialité		
	n	%					min	max	
Toutes situations confondues	329	40,4%	36,3%	3 ^e groupe	Spé urgence	1,47	0	1,27	1,88
Conjoint	42	56,8%	50,8%	5 ^e spécialité	Urgence	2	0	1,85	5,67
Environnement familial conflictuel	41	55%	54%	5 ^e groupe	Urgence et Fin de vie	2,03	0	1,97	7
Absence de traducteur	40	54,1%	56,4%	5 ^e groupe	Spé urgence	3,35	0	3,15	10
Multiplicité des soignants	39	52,7%	37,4%	1 ^e spécialité	Médecine générale	1,74	0	1,48	4,17
Accompagnant lors d'une consultation	39	52,7%	46,9%	2 ^e groupe	Médecine du travail	1,61	0	1,18	3,67
Parents	36	47,3%	36,3%	4 ^e spécialité	Urgence	2,2	0	1,53	5
Absence de tiers	30	40,5%	31,3%	2 ^e groupe	Fin de vie	1,19	0	1,07	3,67
Entourage patient fin de vie	26	35,1%	29,6%	3 ^e groupe	Fin de vie	0,82	0	0,77	7
Majeur protégé	17	23%	18,4%	3 ^e groupe	psychiatrie	0,65	0	0,46	1
Annonce maladie grave	15	20,27%	16,8%	2 ^e spécialité	psychiatrie	0,34	0	0,41	10
Personne de confiance	4	5,4%	10,1%	7 ^e groupe	Oncologie	0,19	0	0,22	3

DISCUSSION

I. Les forces et faiblesses de l'étude

1. Les biais et faiblesses de l'étude

a) Biais déclaratif

Ce biais est lié à la méthode de recueil des données par internet. Les questionnaires sont remplis seulement par des médecins volontaires, ce qui peut favoriser la sélection de médecins ayant été concernés par ces situations difficiles et donc majorer les résultats.

b) Biais de sélection

Ce biais est lié à la méthode de diffusion du questionnaire. En effet, tous les médecins n'ont pas reçu le questionnaire par mail. La mail-liste utilisée pouvant être incomplète ou non à jour, certains mails peuvent avoir été placés dans les courriers indésirables ou bloqués par les boites mails sécurisées.

c) La non exhaustivité du questionnaire

Seulement 11 situations sur les 18 situations initiales ont été sélectionnées pour ce travail de thèse afin de ne pas trop l'alourdir. La non exhaustivité du questionnaire était limitée par la dernière question ouverte permettant de mentionner d'autres situations difficiles. De plus le questionnaire semble avoir été relativement exhaustif, puisque peu d'autres situations ont été évoquées par les médecins interrogés. D'autres situations auraient pu être explorées comme la tierce personne représentée par une instance religieuse ou l'outil internet.

d) Biais de confusion

Ce biais est lié au manque de détails sur les caractéristiques des médecins interrogés. Le choix de se limiter à la spécialité du médecin a été fait par les contraintes du questionnaire. En effet, ce dernier comprenait des questions sur d'autres sujets que le CDOM31 et l'EREMIP souhaitaient étudier. Dans le but d'alléger le questionnaire, le choix a été fait de ne pas ajouter d'autres questions détaillant les caractéristiques des médecins étudiés.

Il est donc possible que l'interprétation des résultats soit biaisée par les facteurs de confusions liés à l'âge des médecins, leur sexe et leur lieu d'exercice.

e) Biais sur l'estimation de la fréquence d'exposition

La méthode d'évaluation de la fréquence d'exposition à une situation n'était pas la plus adaptée. En effet, la question « si oui, combien de fois ? » étant ouverte, les médecins n'ont pas eu la contrainte de répondre par une valeur numérique; cela a été source de difficulté pour l'évaluation de ces résultats. La conversion des ordres de grandeur en valeur numérique a tout de même permis d'utiliser ces résultats au prix d'une perte de significativité. Une question fermée aurait été plus adaptée avec le choix sur différents intervalles de valeur numérique ou ordre de grandeur croissants du type : « jamais »-« peu fréquemment »-« fréquemment »-« très fréquemment »-« tous les jours ».

f) La méthode quantitative

Cette méthode était adaptée pour répondre à l'objectif principal qui était l'évaluation de la prévalence d'exposition de chaque spécialité aux 11 situations du questionnaire dans l'année précédente. Cependant, elle ne permettait pas d'évaluer avec précision les causes des difficultés. Les espaces de commentaires libres ont permis de recueillir des éléments pertinents mais des études

qualitatives complémentaires interrogeant les médecins et les patients auraient été plus adaptées.

2. Les forces de l'étude

a) Une étude originale sur un sujet peu étudié.

Le sujet de la relation de soin avec la tierce personne est peu étudié en dehors des accompagnants dans la fin de vie. Une seule étude sur l'accompagnant en consultation de médecine générale a été retrouvée. Cela contraste avec la notion de détérioration de la relation de soin mentionnée par les médecins et la croissance des consultations accompagnées ou impliquant un tiers.

b) L'échantillon

L'échantillon global est conséquent et représentatif de la population médicale étudiée. En effet, la diversité des spécialités interrogées et la répartition au sein de l'échantillon des 179 médecins correspondent à la répartition des spécialités dans le département de Haute-Garonne. De plus l'échantillon de 74 médecins généralistes est lui aussi conséquent, ce qui augmente la significativité des résultats sur cette spécialité.

c) La pluridisciplinarité

Une des forces majeures de cette étude est liée au partenariat avec l'EREMIP et le CDOM31 pour la réalisation du questionnaire et l'interprétation des résultats. Cette pluridisciplinarité a permis d'avoir l'avis de personnels médecins, paramédicaux et non médecins dans les diverses étapes de cette étude et a élargi le champ d'exploration de la problématique liée à la tierce personne.

II. Discussion sur les résultats

1. La médecine générale : spécialité parmi les plus exposées

La médecine générale avec 40,4% (329/814 ; FEM 1,47) est le **3^e groupe** le plus concerné par les difficultés dans la relation de soin liées à la tierce personne, toutes situations confondues.

Les 2 premiers groupes sont les **spécialités liées à la fin de vie (44,6%** ; 54/121 ; FEM 1,29) et les **spécialités liées à l'urgence vitale (43,9%** ; 87/198 ; FEM 1,88). Parmi ces groupes, 2 spécialités sont particulièrement touchées avec **56,4%** (31/55 ; FEM 2,24) pour les urgentistes et **51,5%** (17/33 ; FEM 1,39) pour les oncologues. Concernant les gériatres (**43,9%** ; 29/66 ; FEM 1,42) et les anesthésistes-réanimateurs (**37,9%** ; 50/132 ; FEM 1,74), le taux d'exposition est aussi relativement élevé.

En quatrième position, se place le groupe des **psychiatres (33,3%** ; 44/132 ; FEM 1,23).

Les groupes des **chirurgiens (27,3%** ; 45/165 ; FEM 1,07), des **pédiatres (27,3%** ; 21/77 ; FEM 0,62), des **médecins du travail (25,8%** ; 17/66 ; FEM 1,52) et des **autres spécialités (25%** ; 99/396 ; FEM 0,71) ont à peu près le même niveau d'exposition.

Les médecins généralistes sont donc parmi les plus confrontés aux difficultés liées à une tierce personne. Cela s'explique par la fréquence des consultations accompagnées en médecine générale, comme mentionné dans l'étude REMEDE (6) qui rapporte qu'1/3 des consultations sont accompagnées au cabinet et 2/3 à domicile. Le

généraliste est aussi le médecin de premiers recours, ce qui l'expose à toutes les situations sans exception. La fréquence d'exposition à ces situations est variable en fonction du lieu et du type d'exercice choisi.

Quatre groupes de situations ressortent de notre étude :

- Les situations liées à l'entourage du patient
- Les situations où le tiers a un statut légal
- Les situations où le tiers est absent
- Les autres situations

2. L'entourage du patient

Les situations difficiles où le tiers appartient à l'entourage sont les plus fréquentes. En effet, le **conjoint** (56,8%; 42/74 ; FEM 2) et l'**environnement familial conflictuel** (55% ; 41/74; FEM 2,03) sont les deux situations difficiles qui touchent le plus de médecins généralistes.

Concernant le conjoint, la médecine générale représente le 4e groupe le plus exposé après les spécialités liées à la fin de vie, spécialités liées à l'urgence (dont une majorité d'urgentistes) et les médecins du travail dont les fréquences d'expositions sont élevées. A noter que les gynécologues ont aussi un taux d'exposition élevé.

Dans les commentaires libres, un psychiatre mentionnait « *l'attitude du conjoint qui n'adhère pas aux soins* ». Un généraliste rapportait les difficultés liées « *au conjoint qui parle à la place du patient* », un rhumatologue évoquait la situation « *d'un mari non coopérant pour le déshabillage de sa femme* » et un anesthésiste mentionnait ses difficultés « *avec le port du voile et la pose de péridurale par des hommes* ».

Le conjoint est un point incontournable de la relation médecin-patient. Il est parfois un frein et parfois une ressource, en particulier pour les patients âgés dépendants.

En effet, selon l'étude REMEDE (6) 54% des accompagnants en consultation de médecine générale sont les conjoints. Dans 79% des cas, leur rôle serait positif (soutien psychologique, alerte, aide au quotidien) contre 16% de rôle négatif (vécu de la maladie, relation de soin).

La médecine générale représente une des spécialités les plus exposées aux difficultés liées à l'**accompagnant (52,7% ; 39/74 ; FEM 1,61)** qui concernent majoritairement la médecine du travail et la médecine d'urgence dont la fréquence d'exposition est élevée. A noter que 2 dermatologues sur 3 ont eu cette problématique avec une FEM élevée.

Dans les commentaires, un médecin du travail évoquait « *l'incitation à la consultation par les organisations syndicales* ». Un urgentiste rapportait « *l'incompréhension des familles à l'absence d'indication d'hospitalisation en urgence des personnes âgées présentant des troubles cognitifs* ». Un dermatologue mentionnait « *l'interférence [...] de l'accompagnant qui n'a pas rendez-vous [...] pour faire part de ses problèmes* ».

Selon l'étude REMEDE (6), l'accompagnant aurait un rôle positif, au prix d'un allongement de la durée de consultation. Cela concernerait majoritairement les patients âgés atteints de troubles neuropsychiatriques et les consultations de pédiatrie.

Au sujet des **parents (47,3% ; 35/74 ; FEM 2,2)**, la médecine générale est, là aussi, le 4^e groupe le plus concerné après la pédiatrie, les spécialités liées à l'urgence et la psychiatrie. Il faut noter une fréquence d'exposition très élevée pour les urgentistes.

Selon le pédiatre Philippe Grandsenne : « *si les enfants n'ont jamais été en aussi bonne santé, leurs parents n'ont jamais été soumis à une aussi grande angoisse qu'aujourd'hui où la moindre imperfection apparaît comme intolérable* » (23)

Ce phénomène peut s'expliquer par la séparation parents/enfants lors des gestes douloureux comme démontré dans l'étude de Ricardo Carbajal qui rapporte que dans les gestes agressifs mineurs, la présence des parents diminue significativement leur anxiété et aide l'enfant dans 2/3 des cas, sans nuire à la performance du soignant (24).

Dans les commentaires, un généraliste évoquait les difficultés « *avec les parents séparés, pour la garde des enfants, avec demande de certificats [...] par des avocats* ». Un autre généraliste, mentionnait les « *difficultés relationnelles avec la nouvelle compagne du père [voulant diriger les soins]* ». Un autre généraliste rapportait « *le refus de vaccination* » de plus en plus fréquent. Un autre mentionnait les conflits liés au « *refus d'établir un certificat [...] antidaté* ».

Selon un travail de thèse, 92,6% des parents estimaient que leur médecin généraliste était suffisamment à l'écoute, avec une majorité satisfaite de la prise en charge médicale de leur enfant (25). Selon une autre thèse, les motifs de plaintes les plus fréquents sont les certificats médicaux (13). Cela est aussi décrit par le Conseil de l'Ordre des Médecins (26).

Selon l'étude REMEDE (6) les consultations de pédiatrie sont accompagnées dans la majorité des cas par la maman. L'accompagnant est très souvent sollicité. Il est considéré comme facilitateur dans 81% des cas (réassurance) et comme un frein dans 8% (gêne l'expression de l'enfant ou ajoute à son stress). Selon cette étude, les attentes des parents concernent principalement les explications sur la maladie, le choix du traitement et les conditions de prise des médicaments.

Au sujet de l'environnement familial conflictuel, le groupe des médecins généralistes est aussi en 4^e position (**55,4%** ; 41/74 ; FEM 2,03), à égalité avec la pédiatrie, et derrière les spécialités liées à la fin de vie, les spécialités liées à l'urgence vitale (dont les fréquences d'exposition sont élevées) et le groupe des chirurgiens.

L'entourage d'un patient en fin de vie (35,1% ; 26/74 ; FEM 0,82) est aussi source de difficulté pour les médecins généralistes bien que la fréquence soit faible. La médecine générale est le 3^e groupe le plus touché derrière celui lié à la fin de vie, dont la fréquence d'exposition est élevée, et le groupe lié à l'urgence vitale.

Dans les commentaires, un généraliste témoignait de difficulté avec « *la fille d'une personne âgée en soins palliatifs qui n'acceptait pas la situation* ».

Une étude sur la perception des IDE et aides-soignants dans le contexte de fin de vie et soins palliatifs (27) révèle que 82,4% des soignants ont été confrontés à des situations de conflits, opposant principalement les membres d'une même famille, causés par des problèmes de communication et par l'ambivalence des acteurs.

Une revue de la littérature sur les conflits en contexte de soins palliatifs (28) relève que 11,1% de ces derniers opposaient les soignants et l'entourage du patient. Les causes majeures étaient les problèmes de communication, les demandes d'assistance d'euthanasie, le non-respect des directives anticipées et des différences culturelles.

Selon le rapport SICARD sur la fin de vie (29), les proches témoignent d'un « *scandale moral face à la souffrance de leur proche* ». Le corps médical apparaît singulièrement absent dans les entretiens réalisés et la présence des médecins est considérée strictement comme « *technique et distante* ». Il y est relevé une grande méconnaissance des soins palliatifs et des doutes face à la prise en charge de la douleur. Les personnes en fin de vie interrogées expriment majoritairement une position favorable à l'euthanasie de même que l'étude menée sur le grand public (30).

L'entourage du patient, que ce soit le conjoint, un accompagnant, un parent, ou la famille, peut interférer dans la relation de soin. Pour le conjoint, cela peut être en refusant l'examen ou le traitement. Pour le parent, cela peut être des demandes abusives de certificats ou l'immixtion d'un nouveau membre en cas de conflit intrafamilial. Cette situation est une des problématiques des familles conflictuelles. Mais les principales situations sources de difficultés relationnelles sont celles où les enjeux sont importants, comme la fin de vie et les situations d'urgences (limitation de

soins, réanimation, soins palliatifs, sédation profonde et continue, don d'organe...) qui sont les plus anxiogènes pour l'entourage. Il en est de même pour les situations de gynécologie-obstétrique (IVG, violences, grossesse, incompatibilité culturelle...), et de santé au travail (enjeux économiques).

Cependant, dans la majorité des cas, l'entourage du patient que ce soit le conjoint, un parent ou la famille, est un interlocuteur incontournable et indispensable à la relation de soin, particulièrement dans l'accompagnement des patients ayant un manque d'autonomie (personnes âgées dépendantes, enfants).

3. Le tiers avec statut légal

Les difficultés liées à l'entourage s'opposent avec le fait que la médecine générale corresponde à l'avant dernier groupe le moins en difficulté avec la **personne de confiance**, tiers avec lequel les difficultés semblent anecdotiques (5,4% ; 4/74 ; FEM 0,19).

Concernant l'échantillon total, seuls 10% des médecins (18/179 ; FEM 0,22) ont eu des difficultés relationnelles avec la personne de confiance contre plus de 50% avec le conjoint (91/179 ; FEM 1,85).

La médecine générale n'est que peu concernée par les difficultés liées aux **majeurs protégés** (23% ; 17/74 ; FEM 0,65). Cette situation semble n'affecter significativement que les psychiatres mais avec une fréquence faible (50% ; 6/12 ; FEM 0,92). Ces résultats semblent logiques compte tenu de la prévalence des patients sous mesure de protection juridique dans cette spécialité.

Comme pour la personne de confiance, ce statut juridique de l'accompagnant (tuteur) semble limiter les difficultés dans la relation de soin, que ce soit dans le cadre de l'urgence, de la fin de vie, de la médecine générale ou des autres spécialités.

Le tiers, qu'il soit tuteur ou personne de confiance, ne semble pas être source de difficulté. Cependant, cette dernière fait, par définition, partie de l'entourage du patient. Elle est, le plus souvent, le conjoint, qui selon nos résultats, est une source principale de difficultés. Notre étude rapporte que les difficultés relationnelles apparaissent plus fréquemment avec les proches lors des situations anxiogènes. Le dispositif légal de la loi Léonetti révisé en 2016 en loi Claeys-Léonetti (8) donne un statut officiel et légitime à la personne de confiance (voir annexe 3). Cela semble modifier son positionnement et permettre une relation de soin tripartite adaptée et apaisée. Nos résultats montrent un bon fonctionnement de ce dispositif qu'il faut encourager.

4. L'absence de tiers

L'absence de traducteur face à des problèmes de langage, en médecine générale, est une difficulté majeure et récurrente comme le montrent le taux d'exposition et la FEM élevés (**54,1%** ; 40/74 ; **FEM 3,35**). Elle concerne pratiquement toutes les spécialités avec 56,4% de l'échantillon total (101/179 ; FEM 3,20). La fréquence est élevée pour tous les groupes en dehors de la pédiatrie et du groupe lié à la fin de vie. Le groupe lié à l'urgence vitale est le plus exposé suivi par les médecins du travail dont la fréquence d'exposition est parmi les plus élevée de l'étude.

Le seul groupe qui semble épargné est le groupe des spécialités liées à la fin de vie, dont aucun gériatre.

Ces résultats soulignent que tous les médecins sont logiquement exposés aux problèmes des difficultés de langage qui concernent majoritairement les langues étrangères (tourisme, travailleur étrangers, migrants...) mais aussi les sourds et malentendants, patients aphasiques ou porteurs d'un handicap.

Cette problématique s'accroît par le fait qu'en France, environ 400 langues et dialectes sont parlés. Sur 65 000 millions d'habitants, 2/3 de la population ne parle aucune langue étrangère couramment. Concernant l'anglais, seul 1/5^e des Français le parle couramment. Enfin, 1/3 des Français ne parle aucune langue étrangère.

Une étude réalisée dans le centre hospitalier de Saint Denis (31) rapporte que sur un jour donné, 140 nationalités ont été prises en charge avec 31 langues parlées différentes. 21% des malades ne parlaient pas français et posaient des problèmes d'interprétariat. Cette étude démontrait que dans les situations quotidiennes, ce sont les proches des malades qui sont sollicités, ce qui induit un problème de retransmission de l'information (compréhension, interprétation). A contrario, les médecins et infirmiers interprètes peuvent s'ingérer dans la relation de soin et être source d'interférence. Concernant les délais d'obtention des traducteurs professionnels, ils peuvent parfois avoisiner les 15 jours.

Trois possibilités s'offrent donc au patient: l'interprétation par l'entourage familial, par un professionnel ou par un soignant.

Concernant la fin de vie, cette étude mentionnait les efforts de traduction mis en place dans le dispositif d'annonce en cancérologie (infirmières, équipes mobiles de soins palliatifs), ce qui concorde avec nos résultats puisque les spécialités liées à la fin de vie sont les moins exposées (temps d'annonce et d'accompagnement soignant).

Dans une étude qualitative sur la médecine générale et le ramadan (32), la barrière de la langue est soulevée par plus de la moitié des praticiens qui relèvent que l'interprète est souvent un proche, ou un membre de la famille dont très souvent un enfant. Cette étude rapporte le doute qu'ont les médecins généralistes quant à l'impact dans la relation médecin-malade et parent-enfant que cela peut avoir.

Selon un sondage international sur les dilemmes éthiques des médecins (33), lorsque le patient est un migrant ou un réfugié, la barrière linguistique est de loin ce qui impacte le plus la prise en charge.

Dans notre étude, les commentaires libres sont nombreux ; un médecin du travail rapporte qu' « *en santé au travail, le principal problème est la langue [et que] la présence d'un traducteur serait fort utile* ». Un généraliste mentionne « *l'existence d'unité d'accueil pour sourds et malentendants dans différents CHU [...] et les fiches expliquant comment utiliser un interprète* ». Un autre généraliste rapporte que « *le financement d'un interprétariat compenserait largement les dépenses liées à l'errance diagnostique et thérapeutique* ». Enfin, un dermatologue évoquait des « *difficultés avec un patient ayant eu un AVC* ».

Concernant cette problématique, des efforts ont été faits, particulièrement dans les hôpitaux, en accord avec la législation Européenne et Française. C'est la charte du patient hospitalisé de 2011 (34) qui est la plus explicite à ce sujet (voir annexe 4).

Au sujet de la médecine ambulatoire, un travail de thèse Toulousain (35) rapporte que les médecins généralistes sont amenés à voir en consultation des patients non francophones, dits « utilisateurs élémentaires » de la langue française, et que seuls quelques médecins ont recours à des interprètes professionnels. L'interprète informel est la stratégie de communication préférentielle et les enfants mineurs peuvent se retrouver dans cette triade en consultation médicale. Les patients concernés sont les plus touchés par les inégalités sociales de santé (migrants, exilés...). Les freins des médecins généralistes à l'utilisation d'interprètes professionnels seraient le manque de connaissance des structures proposant ces services, les difficultés de mise en place et le coût engendré.

Selon notre étude, cette problématique concernerait surtout les situations d'urgence. En effet, dans ce contexte, le temps manque et la prise de décision doit être rapide. Le temps « perdu » lié aux difficultés de communication est donc source de tensions. Les autres situations principales concerneraient les spécialités où l'interrogatoire et l'information sont primordiaux (médecine du travail, spécialités médicales, chirurgicales). Pour les spécialités liées à la fin de vie, le médecin a plus de temps disponible pour organiser la rencontre avec la famille, pour faire venir un interprète ou un accompagnant afin que communication soit possible et simple.

L'absence de tiers est une situation où la médecine générale est le 2^e groupe le plus en difficulté (**40,5%**; 30/74 ; FEM 1,19), après les spécialités liées à la fin de vie suivi des urgentistes. Cette situation concerne en particulier l'absence d'accompagnant chez les patients dépendants, porteurs d'un handicap ou lors des hospitalisations à la demande d'un tiers. Cependant, la fréquence est faible, ce qui peut souligner que les médecins trouvent des solutions alternatives en cas d'absence de tiers.

Dans les commentaires, un psychiatre mentionnait des difficultés liées à « *l'entourage non étayant ou absent, qui [...] empêche d'avoir des informations ou documents importants* ».

Selon l'étude REMEDE (6), les difficultés ressenties par les généralistes concerneraient pour 74% des interrogés, le refus d'implication de l'entourage dans la prise en charge du patient.

L'absence de tiers est aussi une source de difficulté dans la relation de soin, que ce soit pour pallier à des problèmes de communication ou pour, comme mentionné plus haut, avoir un rôle de soutien, d'alerte et d'aide au quotidien.

Concernant la barrière du langage de gros progrès restent à faire, tant en médecine hospitalière qu'en médecine de ville. Cette question démontre l'intérêt du tiers dans la relation de soin, dans un monde multiculturel où il permet de faire le lien entre le médecin et le patient. Il peut faire partie de l'entourage ou des institutions.

5. Autres situations

Le généraliste est parmi les plus concernés aux difficultés liées à la **multiplicité des soignants** (52,7% ; 39/74 ; FEM 1,74) avec une fréquence moyenne. Cette problématique touche principalement les oncologues et les spécialités liées à l'urgence vitale dont une majorité d'anesthésistes-réanimateurs. Pour ces deux groupes, la fréquence d'exposition est élevée.

Dans les commentaires libres, un médecin du travail rapporte les difficultés des salariés qui « *s'y perdent entre le médecin conseil, médecin du travail et [...] les confrères spécialistes* ». Un dermatologue mentionne des difficultés avec « *des avis de pharmaciens* ».

De nombreuses études soulignent la non satisfaction des médecins généralistes quant à leur implication dans les RCP d'oncologie et la communication avec leurs confrères hospitaliers (36, 37, 38). Les situations de fin de vie et de cancérologie, où le médecin traitant occupe une place centrale, sont les premières concernées.

Il semble que les spécialités qui coordonnent les soins (généralistes, anesthésistes-réanimateurs et oncologues) soient logiquement les plus exposées, en particulier en cas d'urgence et dans le cadre de la prise en charge pluri-disciplinaire. Cela peut s'expliquer par les difficultés de coordination des soins et de communication entre les spécialités. Un dossier médical partagé pourrait être une solution.

Au sujet des difficultés dans **l'annonce d'une maladie grave** liées à une tierce personne, la médecine générale appartient au 2^e groupe le plus exposé (**20,27%** ; 15/74 ; FEM 0,34) après la psychiatrie. Cela ne semble pas être sa problématique principale comme en témoigne la faible fréquence d'exposition.

Ce résultat contraste aussi avec l'étude REMEDE (6) qui mentionne que les difficultés des généralistes envers l'entourage concernent, pour 80% des interrogés, l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Selon cette même étude, l'accompagnant rassurerait le patient dans 58% des consultations et serait une aide à la communication dans 34% des cas. Le généraliste est là aussi, un des piliers de la prise en charge du patient et donc parmi les plus exposés.

Paradoxalement, les spécialités liées à la fin de vie et à l'urgence sont les moins exposées. Cela est probablement dû au dispositif d'annonce plus adapté ou à l'expérience plus importante de ces spécialités confrontées quotidiennement aux annonces de maladies graves.

Selon une étude sur l'annonce du cancer et le ressenti des malades, 86% des patients ont estimé que le médecin a su trouver les mots justes pour leur annoncer leur maladie (39).

Selon une autre étude évaluant les difficultés d'annonce d'une maladie grave chez les hématologues français, il apparaît que l'annonce d'une mauvaise nouvelle est difficile pour presque la moitié des hématologues (40).

Aucune étude évaluant les difficultés d'annonce d'une maladie grave liées à une tierce personne n'a été retrouvée.

Cette situation est donc une problématique pour les médecins généralistes, mais la tierce personne ne semble pas en être à l'origine, au contraire, elle serait plutôt une aide.

Toutes ces problématiques soulignent la diversité de l'exercice de la médecine générale. Cela en fait une spécialité riche sur le plan relationnel et humain mais aussi une des plus complexes. Ces difficultés font, peut-être, parties des causes expliquant l'épuisement croissant des généralistes et de l'augmentation des burnout dans cette spécialité.

III. Pistes d'amélioration

1. Concernant l'entourage du patient

La place de l'entourage du patient est parfois difficile à définir. Les pistes d'amélioration relationnelles qui découlent de notre étude sont :

- Insister sur la communication, l'écoute, l'information et la réassurance pour répondre au mieux aux attentes de l'entourage.
- Favoriser l'implication du tiers en lui accordant plus de considération en particulier dans les situations anxiogènes.
- Promouvoir la diffusion des textes de lois sur la fin de vie et sensibiliser les médecins généralistes qui sont au centre du dispositif d'information du grand public.
- Dans le cadre de la fin de vie : promouvoir la désignation de la personne de confiance et la rédaction des directives anticipées (voir annexe 5).
- Dans le cadre de la perte d'autonomie : informer sur la possibilité de constituer un conseil de famille autour du tuteur, pour impliquer légalement plusieurs membres de la famille dans la prise de décision et limiter les conflits.
- Améliorer l'interaction entre la médecine de ville et l'hôpital afin de limiter l'ambivalence des discours des différents intervenants.
- Savoir mettre les distances avec le tiers lorsqu'il interfère dans la relation de soin.

2. Concernant la barrière du langage

De gros progrès restent à faire tant à l'hôpital qu'en médecine de ville. Pour améliorer cette problématique, un arbre décisionnel avec les différents recours nécessaires et disponibles en fonction de la barrière linguistique pourrait être établi. Par exemple, pour les utilisateurs élémentaires du Français, un recours à la famille, un confrère bilingue ou un interprète téléphonique pourrait suffire. En cas d'impossibilité de communiquer, un système sous forme de carnet ou application smartphone avec

illustration pourrait être un premier recours en situation d'urgence. Cela pourrait être utile aux patients sourds et malentendants en cas d'absence d'interprète maîtrisant la langue des signes. Des réseaux d'interprètes médicaux dématérialisés, grâce aux systèmes de télécommunications (traducteurs téléphoniques, langage des signes et web cam...), pris en charge par la sécurité sociale et facilement accessibles, pourraient se développer pour la médecine de ville. Cela générerait un gain de temps et une amélioration de la qualité des soins, en particulier pour les personnes déjà fragilisées par leur statut social.

3. Concernant la multiplicité des soignants

Afin d'améliorer les échanges entre les médecins généralistes et les autres spécialités, la mise en place d'outils de communication efficaces faisant le lien entre la médecine de ville et l'hôpital est une piste à approfondir (télémédecine, visio-conférences, logiciel patient universel, dossier médical partagé, partage de données...). Les échanges de données par boîtes mails sécurisées existent déjà mais cela n'est pas suffisant, particulièrement dans le cadre de la cancérologie et des soins palliatifs, où le médecin traitant semble exclu de la prise en charge. Des équipes mobiles pourraient aussi faire le lien. Pour finir, les médecins généralistes doivent fournir un effort pour libérer du temps médical dédié, ce qui pourrait être reconnu et rémunéré.

IV. Perspectives

Cette étude pilote a servi de support bibliographique à la rédaction de fiches guides pratiques par l'EREMIP et le CDOM 31. Ces fiches sont en cours de rédaction et seront destinées aux médecins. Leur vocation sera d'aider les médecins à mieux appréhender la tierce personne dans les diverses situations de relation de soin, dans l'objectif de limiter les conflits, la souffrance des patients, de leur entourage, et des soignants.

CONCLUSION

Depuis toujours, l'exercice de la médecine est basé sur la relation de soin.

Cette dernière a évolué au fil des siècles et notre étude démontre que la tierce personne y a pris une place centrale.

Cette dernière, peut être source de difficultés et interférer dans la relation. Cela est plus fréquent lorsque le tiers fait partie de l'entourage proche du patient (parent, conjoint, accompagnant, entourage familial conflictuel). En effet, l'affect prend le dessus dans les situations où les enjeux sont importants comme l'urgence et la fin de vie qui seront les plus génératrices de difficultés.

Cependant, notre étude souligne que le tiers est un élément indispensable à la relation de soin. Comme démontré dans divers travaux, il est une aide majeure, en particulier lorsque le patient a un âge extrême (pédiatrie, gériatrie), est dépendant ou en fin de vie. Son absence est donc une source principale de difficulté, soit par son manque d'implication dans le soin, soit par son indisponibilité. Cela se retrouve dans les situations où la communication est impossible (barrière du langage).

Dans ces situations complexes, le tiers serait d'autant plus une aide lorsque son statut est bien défini. En effet, les difficultés relationnelles avec l'entourage du patient semblent disparaître quand ce dernier a un statut juridique ou une place reconnue par le corps médical. Par exemple, avec la personne de confiance ou avec le tiers administratif concernant les majeurs protégés.

Par ailleurs, certaines spécialités sont plus exposées à ces difficultés relationnelles. La médecine générale fait partie des spécialités les plus concernées. Elle est la spécialité de premier recours et se trouve confrontée à toutes les situations sans exception. Les spécialités liées à l'urgence (médecine d'urgence, réanimation) ainsi que celles liées à la fin de vie (oncologie, gériatrie) sont aussi fortement exposées, alors que d'autres semblent protégées, comme la pédiatrie, et la chirurgie.

Il faut noter que certains de nos résultats sont surprenants et s'opposent à ceux d'autres travaux, comme pour la question des difficultés liées à l'annonce d'une maladie grave. Selon notre étude, elles semblent peu fréquentes par rapport aux données de la littérature.

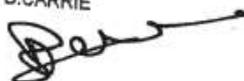
Dans le cadre de la fin de vie, des efforts ont déjà été faits pour améliorer la relation de soin avec les tiers. Le plan Alzheimer et le plan Cancer sont à l'origine d'une meilleure implication des accompagnants et ont donné un statut juridique au tiers. Cela a eu une influence positive sur la relation comme le démontre notre étude.

Cependant, ce travail souligne que des efforts restent à fournir et il permet d'émettre des hypothèses sur les causes de ces difficultés. Des pistes d'amélioration ont pu être proposées, en particulier dans le cadre de la médecine générale (lien entre hôpital et médecine de ville, gestion de la barrière du langage, gestion de l'entourage).

Des études qualitatives complémentaires sont nécessaires et permettraient de mieux connaître les difficultés et les attentes des patients et médecins. Ces éléments serviront de base à la rédaction de fiches guides par le CDOM31 et l'EREMIP dans l'objectif de proposer la meilleure qualité de soin possible à nos patients.

Toulouse, le 14/11/18

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE



Toulouse le 9/11/18

Accord purpan

Professeur Stéphane OUSTRIC

1, avenue Louis Blériot
31500 TOULOUSE

N° ADEL : 31 1 08225 9
N° RPPS : 10002870698

BIBLIOGRAPHIE

1. Godeau, *Les Héritiers d'Hippocrate*.
2. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
3. « Code de déontologie | Conseil National de l'Ordre des Médecins ».
4. *Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot, 2009 : 419p. (p. 9 - 45).*
5. Moreau et al, « L'efficacité thérapeutique de " l'effet médecin " en soins primaires ».
6. « Etude REMEDE : la relation des médecins avec l'entourage de leurs patients. »
7. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.
8. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.
9. Fantino et al, « Bruno Fantino et al, «Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient », Santé Publique 2007/3 (Vol.19), p. 241-252.DOI 10.3917/spub.073.0241 ».
10. AboutKidsHealth et about.kidshealth@sickkids.ca, « Conflits médicaux et autres dilemmes éthiques - AboutKidsHealth ».
11. Code de déontologie médicale - Article 32
12. Barbot et Fillion, « La « médecine défensive » ».
13. COLAS, « Incidence des plaintes et des doléances au conseil de l'ordre des médecins de l'Oise en médecine générale de 2010 à 2013 ».
14. Schmitt, « Le risque de plainte en médecine générale ».
15. « Résultats de l'observatoire de la sécurité des médecins 2016 | Conseil National de l'Ordre des Médecins ».
16. « Évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie dans la région Rhône-Alpes : une enquête de terrain | Urofrance ».
17. Nicourt, « Évaluation de l'implication du médecin généraliste dans la prise de décision d'entrée en soins palliatifs lors d'une hospitalisation ».

18. VAQUIN-VILLEMINEY, « PREVALENCE DU BURNOUT EN MEDECINE GENERALE : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles ».
19. BOUTOUX, « Prévalence et facteurs de risque du burnout chez les médecins généralistes du Gers | Thèse IMG ».
20. « SOINS ET LAICITE AU QUOTIDIEN - Conseil de l'Ordre des Médecins de la Haute Garonne ».
21. « Résultats de l'observatoire de la sécurité des médecins 2016 | Conseil National de l'Ordre des Médecins ».
22. « Résultats de la grande consultation | Conseil National de l'Ordre des Médecins ».
23. GRANDSENE, P. 2004. *Mon bébé en bonne santé*, Paris, Hachette.
24. « CARBAJAL, R. 2003. « Présence des parents lors des soins douloureux », Soins pédiatrie puériculture, 212, p. 36-39. »
25. Bernet, « La confiance des parents vis à vis de leur médecin généraliste pour la prise en charge de leur enfant Une étude descriptive aux urgences pédiatriques du CHU de Rouen ».
26. Ordre Des Médecins, « Prévenir et gérer les conflits ».
27. « Conflits en fin de vie : perceptions des professionnels de santé en valais romand | Cairn.info ».
28. Mpinga, Chastonay, et Rapin, « Conflits et fin de vie dans le contexte des soins palliatifs ».
29. « rapport Sicard 18/12/2012: étude qualitative auprès des personnes en fin de vie ».
30. « rapport Sicard 18/12/2012: étude quantitative auprès du grand public ».
31. Marin et al., « Isabelle Marin et al., « Soigner en langue étrangère », Jusqu'à la mort accompagner la vie 2012/4 (n° 111), p. 11-19. »
32. Edin et al., « C Edin et al., « Médecine générale et ramadan. Enquête qualitative auprès de médecins généralistes », Pratiques et Organisation des Soins 2011/2 (Vol. 42), p. 89-99. DOI 10.3917/pos.422.0089 ».
33. « L'éthique médicale sondage Medscape 2017 : les dilemmes éthiques des médecins français ».
34. Dufour, « Commentaire de la nouvelle charte de la personne hospitalisée ».

35. CHAABAN, « "Rendre la parole pour mieux soigner " EVALUATION DE LA PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES SUR L'UTILISATION D'INTERPRETE PROFESSIONNEL FACE A UN PATIENT NON FRANCOPHONE OU UTILISATEUR ELEMENTAIRE DE LA LANGUE FRANCAISE A TOULOUSE ».
36. « « Les médecins généralistes face au cancer » Une enquête inédite de la Ligue nationale contre le cancer - Recherche Google ».
37. COURAUD LAOUISSET, « Le médecin généraliste face à la prise en charge des patients atteints de cancer ».
38. Nicourt, « Évaluation de l'implication du médecin généraliste dans la prise de décision d'entrée en soins palliatifs lors d'une hospitalisation ».
39. « Etude sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades en 2011 - Ref : ENQUETEANN12 | Institut National Du Cancer ».
40. Perrain et al., « Les difficultés d'annoncer la maladie grave pour les hématologistes français ».

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

« Dans l'année écoulée, par la présence ou l'absence d'un tiers, avez-vous été déjà confronté, dans votre exercice, à des difficultés dans la relation de soin:

Q1) Du fait des parents de l'enfant malade ?

Q2) Avec le conjoint de votre patient(e) ?

Q3) Du fait d'un environnement familial conflictuel ?

Q4) Du fait de la présence de la personne de confiance ?

Q5) Avec l'entourage d'un patient en fin de vie ?

Q6) Face à un accompagnant lors d'une consultation médicale ?

Q7) Dans la prise en charge d'un majeur protégé ?

Q8) Par l'absence de traducteur face à des problèmes de langage ?

Q9) Dans l'annonce de maladies graves ?

Q10) Du fait de la multiplicité des soignants ?

Q11) Du fait de l'absence de tiers ? »

ANNEXE 2 : COMMENTAIRES

- **Généticien: fiche du 12/01/17 08:47:21**

« A propos de l'immixtion administrative deux problèmes sont récurrents:

- 1- la tentative chronique et systématique de gêner l'envoi d'analyses hautement spécialisées vers les laboratoires ad hoc (tentatives d'occulter l'Arrêté du 27 mai 2013 définissant les règles de bonnes pratiques applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales).
- 2- le détournement des prélèvements adressés à ces laboratoires par un laboratoire autoproclamé compétent au sein de l'établissement, sans que le prescripteur ne soit averti et parfois sans que l'analyse ne soit réalisée

La situation d'interférence est relativement rare en rapport au nombre total des consultations et demeure marginale dans la pratique. Son occurrence semble logique dans le cadre de la pratique de la génétique clinique ou, l'implication familiale est souvent nécessaire et constitue une intrusion violente dans la vie de personnes non-informées et non concernées. La modification du texte du CSP rendant obligatoire la communication aux membres de la famille de l'existence d'une affection grave est, dans ses modalités pratiques actuelles, plus délétère que bénéfique et devrait entraîner une réévaluation médicale attentive. L'agence de la Biomédecine ne s'étant, en particulier, pas intéressée à l'impact moral pour ne juger (très superficiellement et de façon non aboutie) que l'aspect juridique (rédaction des formulaires d'information etc...)

Ceci me semble un peu précoce dans le recul que l'on en a et, du fait du nombre faible de conflits générés par les problèmes religieux qui concernent notre discipline. »

- **Biologiste: fiche du 12/01/17 08:50:12**

« Pour le biologiste, 2 situations posent problèmes:

- 1-l'enfant mineur (mais déjà mature) qui se présente sans ses parents ou sans autorisation. Bien sûr pour des problèmes de grossesse, mais pas uniquement. Nous sommes théoriquement amenés à refuser de prélever des "enfants" de 16 ou 17 ans.
- 2-L'annonce de la maladie grave ... quelle est la définition de maladie grave? Toujours difficile surtout lorsque les patients attendent leurs résultats sur un site internet. »

- **Psychiatre: fiche du 12/01/17 08:57:33**

Autre situation: « Entourage non étayant ou absent, qui nous empêche d'avoir des informations ou documents importants. Entourage lui-même malade psychique »

- **Psychiatre: fiche du 12/01/17 09:31:51**

Autre situation: « Relation avec le médicosocial MDPH mais surtout EPAHD face à la démedicalisation des structures supprimant l'interlocuteur médecin »

- **Psychiatre: fiche du 12/01/17 09:36:29**

Autre situation: « Environnement pénitentiaire avec nécessité d'hypervigilance pluriquotidienne pour garantir la confidentialité, difficulté à faire comprendre aux patients la séparation et l'indépendance des institutions de soins et judiciaires. »

- **Psychiatre: fiche du 12/01/17 16:24:03**

Autre situation: « En raison de l'attitude de la famille ou du conjoint qui n'adhèrent pas aux soins (psychiatriques) proposés au patient mettant en difficulté la prise en charge. »

- **Neuropsychiatre: fiche du 20/01/17 10:35:15**

Autre situation: « lors d'une expertise par réquisition par gendarmerie, le sujet venu seul m'a menacé de mort, envoyait des coups de poing vers mon visage en s'arrêtant très près. J'ai fait appel à police secours, il s'est enfui dès qu'il a entendu la sirène de police secours. »

- **Médecin du travail: fiche du 12/01/17 09:00:31**

Autre situation: « immixtion dans la relation par l'employeur du salarié/patient avec chantage à l'emploi »

- **Médecin du travail: fiche du 12/01/17 09:46:30**

« Maladies "graves": pour ma spécialité ce sont des annonces d'inaptitudes définitives qui n'ont pas été anticipées par les médecins conseils ou les médecins traitants et je dirais qu'il y a eu l'an passé au moins 7 ou 8 consultations de ce type qui ont été "houleuses". »

Multiplicité des soignants: « C'est constant et récurrent...les salariés s'y perdent entre le médecin conseil, le médecin du travail et souvent les confrères spécialistes et généralistes. Ils ne comprennent pas qu'il n'y ait pas une communication de leur dossier médical. Beaucoup de conflits viennent de là. »

- **Médecin du travail: fiche du 13/01/17 23:27:50**

« En santé au travail, le principal problème est la langue. Nous recevons des personnes de nationalités très différentes (chinois, cambodgiens, thaïlandais, vietnamiens, japonais, polonais, portugais, espagnol....) Je ne connais que l'anglais et un peu l'allemand .La présence d'un traducteur serait fort utile lorsqu'il y a un problème à résoudre! »

- **Médecin du travail: fiche du 18/01/17 21:07:40**

Autres situations: « Du fait de l'incitation à la consultation par les organisations syndicales. Du fait du jugement par les organisations syndicales du délai trop tardif proposé pour une consultation... »

- **Pédopsychiatre: fiche du 14/01/17 21:14:44 (exclue car 0 réponse)**

Environnement familial conflictuel: « Oui, c'est en permanence le cas dans le métier que nous exerçons. Je suis pédopsychiatre en institution médico-sociale et nous proposons des soins ambulatoires à un public d'enfants de 0 à 18 ans. Nous sommes confrontés aux conflits intrafamiliaux, aux demandes d'un parent concurrençant celle de l'autre, aux insatisfactions des familles face au manque de moyens, de temps, ou mues par les exigences de l'époque pour obtenir des réponses immédiates, aux injonctions administratives ou de direction sur les professionnels pour toujours plus de rentabilité. Etc... »

- **Généraliste: fiche du 12/01/17 09:06:49**

« Difficulté avec les parents séparés pour la garde des enfants, demande de certificats de crises d'angoisse non vérifiables ou de bons soins demandés par des avocats, source de conflits avec l'autre parent. »

- **Généraliste: fiche du 12/01/17 09:23:50**

Autres situations : « Plaintes du patient contre un professionnel de santé médecin sur des comportements discriminants ou déplacés / accès aux droits / précarité »

- **Généraliste: fiche du 12/01/17 12:13:15**

Les problèmes se présentent car les tiers (administration, curateur, tuteur, employeur, parents, famille) veulent des informations précises sur l'état de santé et nous sommes obligés de rester vague du fait du secret médical. Il faudrait à la fois des fiches pratiques pour les soignants pour avoir une conduite à tenir et aussi pour ces tiers pour leur expliquer ce que l'on peut dire ou non. Ils en seraient conscients avant notre entrevue.

- **Généraliste: fiche du 12/01/17 13:23:00**

Chacune des propositions ci-dessus peut arriver parfois, mais ce n'est pas très fréquent pour chacune. Pour le quartier où j'exerce, il y a de temps à autre des difficultés de compréhension par barrière de la langue. En général on finit par y arriver avec une autre consultation ou en faisant intervenir un traducteur (qui sera présent ou au téléphone).

- **Généraliste: fiche du 12/01/17 14:21:21**

« Les 2 situations d'immixtion administrative ont été à chaque fois liées à une modification de ma prescription initiale. Ce qui est parfaitement illégal. »

- **Généraliste: fiche du 12/01/17 14:30:53**

« Il pourrait être fait mention de l'existence des unités d'accueil et de soins pour sourds dans différent CHU , mais aussi de réseau de soins pour les patients sourds animés par des médecins généralistes en libéral, disséminés sur le territoire français <http://www.anpsa.fr/reseau/unites-daccueils-et-de-soins-pour-personnes-sourdes>. Il existe également des fiches expliquant comment "utiliser" un interprète, cela pourrait être utile. »

- **Généraliste: fiche du 12/01/17 14:55:35**

« La barrière de la langue est un frein majeur à un accompagnement et aux soins adéquats des personnes. Le financement d'un interprétariat compenserait largement les dépenses liées à l'errance diagnostique et thérapeutique. »

- **Généraliste: fiche du 12/01/17 22:13:51**

« La barrière de la langue est vraiment un handicap dans la relation de soins »

- **Généraliste: fiche du 13/01/17 08:01:01**

Autres situations:

« Difficultés avec les caisses, difficultés par la masse de demande en consultation, difficultés dans le non-respect du médecin.

Il y a malheureusement depuis plusieurs années au vu de l'évolution des comportements humains beaucoup de difficultés nouvelles, dont nous devons par expérience et récurrence nous acclimater.

La médecine est une science couplée à beaucoup de psychologie. Des situations difficiles on en a tous les jours. L'expérience et le temps nous aide à mieux gérer. Suivant la zone d'exercice vous rencontrez des difficultés diverses qui deviennent au fil du temps des habitudes. »

- **Généraliste: fiche du 13/01/17 14:04:35**

Autres situations:

« Nouvelle compagne du père qui veut diriger les soins sur ses beaux enfants, qui parle à la place du père -> légitimité?

Refus de toute vaccination de parents sur des nourrissons (problème plus fréquent depuis 1 an)

Retours d'hospitalisation avec absence de courrier à la sortie rendant la coordination des soins difficiles + problème de pédagogie envers le patient et l'entourage. »

- **Généraliste: fiche du 13/01/17 16:13:41**

« En tant que psychiatre psychothérapeute ces difficultés sont banales et font partie du travail, souvent il est nécessaire d'intervenir auprès de l'entourage pour débloquer les troubles. »

- **Généraliste: fiche du 13/01/17 16:38:45**

-Avec les parents:

« De mémoire, une fois quand j'ai refusé d'établir un certificat pour absence scolaire anti daté de 15 jours !!!! »

-Avec le conjoint:

« 2 fois de mémoire, car le conjoint parle à la place du patient, l'interrogatoire devient impossible et très rapidement quand je lui fais la remarque que ce n'est pas lui le malade, et qu'il doit laisser parler le (la) patient(e) une tension s'installe! »

-Avec l'entourage d'un patient en fin de vie:

« De mémoire 1 fois, car la fille d'une personne âgée en soins palliatifs qui n'acceptait pas la situation et donc faisait intervenir d'autres médecins car elle n'était pas en confiance et elle pensait que les autres médecins peuvent faire quelque chose pour changer le pronostic, le patient est décédé 48 heures après! Elle était agressive au téléphone avec moi et même avec l'équipe de soins palliatifs! »

-Problème de langage:

« Souvent car je travaille dans un quartier avec beaucoup de personnes qui ne maîtrisent pas souvent la langue, on se débrouille avec les moyens du bord! »

- **Généraliste: fiche du 19/01/17 16:35:51**

Autres situations: « Réquisition par la gendarmerie pour garde à vue ou personne retrouvée décédée / perte de temps ++ / honoraires ??? Idem pour les certificats de décès / honoraires ?? Adulte handicapé vivant en dehors d'1 structure type CAT / mauvais suivi médical : suivi du traitement ?? Tuteur jamais joignable. »

- **Gériatrie / Soins palliatifs: fiche du 12/01/17 11:17:10**

« En soins palliatifs ou en gériatrie, la discussion autour des souhaits en fin de vie, la possibilité de rédiger des directives anticipées ou de désigner une personne de confiance apaisent beaucoup les patients. La question " qui prend les décisions médicales quand le patient présente des troubles cognitifs avancés " est souvent soulevées par les soignants. Il y a une mauvaise connaissance de l'articulation entre mesures de protection du majeur et décisions médicales. »

- **Dermatologue: fiche du 12/01/17 09:11:30**

« L'interférence la plus fréquente dans mon exercice est celui de l'accompagnant qui n'a pas rendez-vous et qui cherche à "profiter" d'être dans le bureau de consultation pour faire part de ses propres problèmes en venant ainsi perturber le déroulement de la consultation avec le patient initial . Cette situation est très fréquente entre 3 à 6 fois

par jour principalement liée à la désertification de l'offre de soins en dermatologie et des délais de rendez-vous qui en découlent, situation très compliquée au quotidien en particulier quand on s'éloigne de Toulouse +++ . »

- **Dermatologue: fiche du 12/01/17 14:38:39**

-Problème langage: « une fois avec un patient ayant eu un AVC. »

-Multiplicité des soignants: « parfois avec des avis de pharmaciens ! »

-Commentaire libre: « Parfois les patients croient avoir écouté et compris et une fois seuls chez eux il n'en est rien mais nous n'avons pas toujours le temps de vérifier la compréhension et pire l'intégration des informations. »

- **Rhumatologue: fiche du 12/01/17 09:19:43**

Commentaire libre : « Problème de langage et de compréhension. Mari non coopérant pour l'examen clinique et le déshabillage de sa femme. Problème de paiement en dehors des CMU ou AME ... +++ . Absence aux RV sans annulation des patients surtout en CMU. Demande d'examens complémentaires refusés car inutiles. Exigence de prescription de certains médicaments : " mettez moi du ... " : Boutique de délivrance.

Nous ne sommes plus QUE des PRESTATAIRES de SERVICE ! Nous ne sommes plus des MÉDECINS aptes à juger et décider par nous même, pour le bien du malade, des décisions à prendre et des médicaments à prescrire! Le malade nous considère, parfois, uniquement comme " l'endroit " où il vient chercher l'ordonnance pour le scanner qu'il veut (comme sa voisine de palier) ou pour du Tramadol (comme le boucher qui lui en a parlé) ... »

- **Urgentiste: fiche du 13/01/17 11:07:54**

« Je travaille dans un service ne prenant en charge que les adultes à partir de l'âge de 15 ans. Les problèmes relationnels avec les parents d'un enfant venaient du fait que je les réorientais vers des urgences pédiatriques. Il m'est difficile de quantifier le nombre de situation conflictuelle auxquelles j'ai été confronté ces derniers mois, il y en a peu. »

- **Urgentiste: fiche du 16/01/17 19:36:12**

« Les plus gros problèmes de relation aux urgences concernent les accompagnants de personnes âgées avec des troubles cognitifs chroniques ne comprenant pas qu'il n'y a aucune raison qui justifie une hospitalisation en urgence. »

- **Anesthésiste-Réanimateur: fiche du 12/01/17 09:20:06**

Autre situation : « Est-il licite que les pénitenciers refusent de sortir du box et assistent à la consultation d'un prisonnier en raison de la dangerosité de celui-ci ? »

- **Anesthésiste-Réanimateur: fiche du 12/01/17 08:57:33**

« La communication avec les non-communicants en l'absence d'accompagnant est un réel problème. Pas de notion des antécédents du patient, des habitudes de vie, de sa façon de communiquer etc... »

- **Anesthésiste-Réanimateur: fiche du 12/01/17**

« Problème parfois en maternité avec le voile et le mari concernant la pose de péridurale par des hommes. Travaillant dans une maternité niveau 2, problème pour transfert en niveau 3 dus à l'opposition des gynécos. »

- **Anesthésiste-Réanimateur: fiche du 07/02/17 14:18:16**

Annonce d'une maladie grave : « Je ne suis pas vraiment représentative du fait de mon activité, majorité de patients jeunes ASA 1 ou 2 beaucoup d'endoscopies, peu de pathologies GRAVES avec annonce difficile ! »

- **Chirurgien Orthopédiste : fiche du 12/01/17 16:01:01**

Commentaire libre : « Juste une question: comment fait-on en pratique pour se prémunir du qualificatif de racisme dès que l'on s'oppose à l'immixtion religieuse dans une décision médicale? Quand nous seront autorisées les vidéo-enregistrements de nos consultations (un peu comme pour les interventions policières...)? »

- **Endocrinologue: fiche du 07/02/17 08:44:16**

Commentaire libre: « Non-respect de ma prescription par l'autorité administrative hospitalière qui impose de travailler avec certains laboratoires ».

ANNEXE 3 : article 9 de la loi Claeys-Leonetti de 2016

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance (un parent, un proche ou le médecin traitant) qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. »

« Cette désignation est faite par écrit et co-signée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment. »

« Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance. »

« Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant devra s'assurer que son patient est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'inviter à procéder à une telle désignation. »

ANNEXE 4 : charte du patient hospitalisé de 2011

« L'établissement doit tenir compte des difficultés de compréhension et de communication des personnes hospitalisées et des personnes susceptibles de leur apporter un soutien (la personne de confiance désignée, la famille ou les proches).

Le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des personnes qui ne comprennent pas le français, ainsi que des personnes sourdes ou malentendantes, sera recherché. Les établissements de santé facilitent l'intervention des associations de bénévoles. »

ANNEXE 5 : article 8 de la loi Claeys-Leonetti de 2016

« Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. »

« Elles s'imposent alors au médecin sauf en cas d'urgence vitale et lorsque les directives anticipées apparaissent inappropriées ou non conformes à la situation médicale. »

« Les directives anticipées sont révisables et révocables à tout moment et par tout moyen. Elles pourront être conservées sur un registre national. Un rappel de leur existence sera alors régulièrement adressé à leur auteur. »

« La loi prévoit également que le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction des directives anticipées. »

La tierce personne et la relation de soin. Quelles sont les principales situations où la relation de soin est rendue difficile par la présence ou l'absence d'une tierce personne dans le département Haute-Garonne?

Intro: L'objectif de cette étude est d'établir le niveau d'exposition aux difficultés relationnelles liées à la présence ou l'absence d'une tierce personne en fonction de la spécialité médicale.

Matériel et méthode : Cette étude a été réalisée auprès des médecins inscrits au Conseil de l'Ordre de Haute Garonne à partir d'un questionnaire élaboré par un groupe pluridisciplinaire composé de membres de l'Espace Ethique de Midi-Pyrénées et du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins. Le questionnaire a été distribué par mail. Il interrogeait sur l'exposition et sa fréquence, durant l'année précédente, à 11 situations difficiles.

Résultats : 187 réponses ont été obtenues et 179 analysées. La répartition des spécialités de l'échantillon était représentative de la population étudiée et comprenait 74 médecins généralistes. Les situations les plus fréquentes étaient les difficultés liées à l'absence de traducteur en cas de trouble du langage et les situations liées à l'entourage du patient, particulièrement dans les situations d'urgences et de fin de vie. Les difficultés étaient moins fréquentes lorsque la tierce personne avait un statut reconnu. La médecine générale faisait partie des spécialités les plus exposées toutes situations confondues.

Discussion et Conclusion : Cette étude souligne la place centrale de la tierce personne et du médecin généraliste dans la relation de soin. Elle permet d'émettre des hypothèses sur les causes de ces difficultés et des pistes d'amélioration.

MOTS CLEFS : relation de soin, tierce personne, médecine générale

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Ranguel – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04

DIRECTEUR DE THESE : Dr Marc BONNEFOY
