

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Camille GHAZI
et
Magali PASAMON

Le 07/12/2021

**DEVANT LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE D'UN DE SES PROCHES, QUELLE
POSTURE LE MEDECIN GENERALISTE ADOPTE-T-IL ?**

Directrice de thèse : Pr Motoko DELAHAYE

JURY :

Madame le Professeur Marie-Ève ROUGÉ-BUGAT

Madame le Professeur Motoko DELAHAYE

Monsieur le Professeur Bruno CHICOULAA

Monsieur le Docteur Philippe CADILHAC

Présidente

Assesseur

Assesseur

Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNI OURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROGHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
		Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis
		Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
		Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
		Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth
		Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri
		Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck
		Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard
		Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude
		Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
		Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
		Professeur Honoraire	M. CONTE Jean
		Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel
		Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri
		Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
		Professeur Honoraire	M. DELISLE Marie-Bernadette
		Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
		Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
		Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
		Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
		Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
		Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
		Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
		Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
		Professeur Honoraire	M. MURAT
		Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
		Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
		Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur ARBUS Louis	Professeur SIMON Jacques
Professeur ARLET Philippe	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur BOUTAULT Franck	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur CHAMONTIN Bernard	
Professeur CHAP Hugues	
Professeur CONTE Jean	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur GRAND Alain	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur LAGARRIGUE Jacques	
Professeur LANG Thierry	
Professeur LAURENT Guy	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur MAGNAVAL Jean-François	
Professeur MANELFE Claude	
Professeur MASSIP Patrice	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur MOSCOVICI Jacques	
Professeur MURAT	
Professeur RISCHMANN Pascal	
Professeur RIVIERE Daniel	
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

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 (C.E)	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLÉT François (C.E)	Neurologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUDA Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHACHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biologie, Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSÉ Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUDA Sandra

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALFIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. APNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURÁ-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
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
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DÜLY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Readaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
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 (C.E)	Médecine Interne
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 (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNEGAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétiq
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierré

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUIROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
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. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emille	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOLY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAË Bruno
Mme PUECH Marielle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme GARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOË Yannick	Rhumatologie
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 FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUÉNEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoît	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme OUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VUJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Léala

Remerciements au Jury

Au président du jury :

Madame le Professeur Rougé-Bugat,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse, nous vous en sommes reconnaissantes. Merci également pour votre investissement auprès des internes de médecine générale. Nous vous prions de croire en l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Chicoulaa.

Nous vous remercions de votre intérêt pour notre sujet et de nous avoir proposé de participer à ce jury. Nous vous prions de trouver ici l'expression de nos remerciements et de notre sincère gratitude.

Monsieur le Docteur Cadilhac,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à ce jury. Nous vous prions de trouver ici l'expression de nos remerciements les plus sincères.

A notre directrice de thèse :

Madame le Professeur Motoko Delahaye, nous te remercions sincèrement de ton accompagnement tout au long de ce travail et de ta disponibilité. Ton esprit d'analyse et de synthèse nous a aidé à aller plus loin dans notre réflexion et tes remarques judicieuses nous ont bien guidées quand nous ne savions plus dans quelle direction continuer.

Aux médecins qui ont accepté de donner de leur temps pour échanger avec nous, merci de votre confiance et de la richesse de ce que vous nous avez livré. Sans vous, ce travail n'aurait pas été possible ni aussi intéressant pour nous.

Remerciements personnels de Magali

À **Cyril**, merci de ton amour depuis pratiquement 8 ans, merci de ta patience et de me supporter au quotidien (chose pas toujours facile je le reconnais). Tu ne doutes jamais de moi, tu m'accompagnes et m'aide à faire des choix (oui je sais je suis un peu indécise). Merci pour ta folie, ton humour, ta gentillesse et ta bienveillance. Sans toi, rien de tout ça n'aurait été possible.

À **mes parents**, merci d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir poussé dans ce choix des études de médecine, sans vous je ne serais jamais allé aussi loin. Merci de votre soutien sans faille, de votre amour inconditionnel et de vos nombreux aller-retours à Limoges qui m'ont permis de réussir et d'être là où je suis aujourd'hui. Merci d'être de si bons parents.

À **ma petite sœur Mathilde**, et pourtant thésée avant moi ! Je suis très fière de toi et de ton parcours sans faute. La colocation n'a pas toujours été facile mais j'en retiendrai que le positif. Moi râler ?! non jamais. Merci d'être comme tu es, et de toujours être là pour moi.

À **ma famille et à ma belle-famille**, notamment Florence et Philippe merci de m'avoir accueillie à bras ouvert et de m'avoir épaulée au cours de ces dernières années. A mes grands-parents ici ou là-haut qui je pense sont fiers de moi et à tous les autres qui m'ont toujours encouragée.

À **mes amies de Limoges : Cageot, Vachon et Guérette**, qui ont égaillé mon externat et fait de ces années-là, loin de chez moi, un vrai plaisir. Nos chemins se sont séparés aux quatre coins de France mais je ne doute pas que notre amitié reste intacte au fil des années.

À **mes amies d'enfance, Marjo, Marion, Elise et Manon**, plus de vingt ans d'amitiés partagées, toujours là pour faire la fête et prendre un verre. A quand un projet de Maison de Santé ?

À **mes amis de Toulouse**, Anaïs, Loïc, Hervé, Flo, Malo, Jen, Nico, Clo, Antho, Romain, Elo et Max, quelle belle brochette, toujours là pour rigoler et passer de bons moments. Surtout ne changez rien !

À tous mes co-internes devenus copains d'Auch, de Saint Gaudens, de St Girons, notamment Flavie, Charline, Ulysse, Julie et les autres ... Ces différents semestres à l'internat m'ont permis de faire de magnifiques rencontres. Merci à tous pour ces bons moments et ces belles soirées de rigolades.

À mes maîtres de stages qui m'ont confirmé le goût de la médecine générale et qui ont fait de moi le médecin que je suis devenue. Merci de m'avoir transmis votre savoir et votre amour de la médecine.

Et enfin, à Camille, ma co-thésarde, liée dès notre premier semestre et pas le moins éprouvant, celui des urgences. De là est née une belle amitié, et pour moi une évidence que cette thèse je la ferai avec toi. Merci de ta gentillesse et de ta motivation qui a été également sans faille tout au long de ce travail, sans toi le résultat n'aurait pas été le même. Grâce à toi, le positionnement de la virgule n'a presque plus de secret pour moi ! ;)

Remerciements personnels de Camille

À **Hugo**, merci pour ta patience et ton soutien au quotidien. J'aime nos discussions et débats qui m'enrichissent et m'ouvrent de nouveaux horizons. Merci de m'apaiser et d'être toujours là pour moi. **A Baloo et Pag**, pour votre mignonnerie quotidienne !

À **mes parents**, je suis fière d'être votre fille, merci pour tout ce que vous m'avez transmis et pour votre soutien sans faille dans mon parcours et dans mes choix. **Papa**, je suis tes pas 30 ans après, dans cette même faculté et peut-être dans cette même salle. Tu es l'exemple du médecin que j'aimerais être ! **Maman**, tu m'as appris à être curieuse et à vouloir découvrir encore et encore. Ton écoute et tes conseils m'aident à avancer et à me dépasser au quotidien !

À **Marine**, mon incroyable grande sœur, tu égayes ma vie avec ton âme d'enfant et tes créations, nos moments ensemble me rappellent à chaque fois que j'ai pris la bonne décision de rentrer ; à **Baptiste**, merci de t'occuper si bien de Marine, votre couple est un exemple de force !

À **Hugo**, tu nous apprends à voir plus loin avec ton esprit d'entreprise, tu oses t'engager dans des voies qui nous semblent incertaines et je suis fière de toi ! à **Marie**, ton sourire et tes blagues illuminent nos réunions de famille, revenez vite !

À **toute la Smala**, merci pour toutes ces retrouvailles animées d'un joyeux bordel, pour toutes vos personnalités si différentes qui font un ensemble heureux : notre famille ! Faut pas le dire trop fort, mais je vous aime !

À **Chloë, Hélène et Léa**, mes indispensables copines ! Merci de remplir ma vie de rires et de grands débats sur la vie et sur l'avenir, de m'aider à traverser les périodes de doutes et d'être toujours là quoi qu'il arrive. **A Romain et Tom**, merci de nous supporter !

À **Amandine**, ces deux dernières années m'ont permis de te découvrir encore plus forte que je ne le pensais, une vraie lionne en plus d'être une amie sans faille ! **Et à ma petite Lisa**, qui m'impressionne depuis ses premiers jours, je suis fière d'être ta marraine !

Aux Angevins (et aux plus si angevins que ça), nos soirées depuis 10 ans n'ont pas perdu de leur folie, vivement la prochaine ! **Spéciale dédicace à Baptiste**, un coloc en or, merci d'être là depuis tout ce temps ! À **Flo**, ta joie de vivre me manque.

À tous ceux qui m'ont soutenu et encouragé ces derniers mois : Nono, Marj', Malo, Véro, Cathy, Lulu, Bertrand, merci pour les soirées, les bons repas et les petits mots pour m'aider à continuer.

À Valérie, merci pour ces trois années toulousaines, pour toutes les soirées et pour m'avoir si souvent prêté ton canapé, à Pamiers ou à Toulouse. Je n'ai jamais réussi à te suivre, mais nos footings me manquent quand même.

À Clémence, pour nos repas anti BDS qui faisaient tellement de bien, nos petits verres au Concorde, toutes ces choses qui rendaient le quotidien joyeux !

Merci à vous deux d'avoir été mes repères pendant cet internat un peu trop loin de chez moi.

À Ulysse et Alexia, merci pour cette coloc drôle et décalée !

Aux copains d'Auch, j'ai passé un semestre mémorable avec vous, merci pour ce beau début d'internat ! **Et à tous ceux que j'ai rencontré en chemin**, Flavie, Charline, les co-internes de diabéto, merci d'avoir fait de mon internat cet ensemble de beaux souvenirs !

À tous les médecins et autres professionnels que j'ai rencontré tout au long de mes études, merci pour votre accompagnement, pour m'avoir aidé à devenir la médecin que je suis aujourd'hui et donné l'inspiration de celle que je veux devenir.

Aux collègues de Cantenay, merci pour votre accueil post-internat qui m'a permis de découvrir les joies d'un vrai travail en équipe avec en prime les burgers/jeux du mercredi ! **Un merci tout spécial à Cécile**, nos mercredis ensemble me manquent, on va devoir s'organiser des soirées !!

À mes collègues de Chemillé, une nouvelle aventure qui va bientôt débiter, je suis heureuse de la partager avec vous ! **Merci Bruno** pour la confiance que tu nous accordes, nous prendrons ta succession avec plaisir.

Et bien sûr à Magali, merci d'avoir partagé avec moi l'internat et ce travail de thèse, qui n'aurait définitivement pas été le même sans toi et ton franc parler (et ton bel accent, on n'a fait que d'en parler !). A bientôt sur Angers (pour aller visiter une certaine usine), avec Cyril le trouveur officiel des bonnes formulations !

« - Rien... tout est noir dans ma tête... (...) je n'entends plus ! je ne vois rien ! Ne peux-tu comprendre ?

(...)

- Ressaisis-toi, par Dieu, ressaisis-toi ! Je sais qu'il s'agit de ton père, mais c'est avant tout un malade, un malade comme les autres ! Comme tous ceux que tu as soignés ! »

Extrait du livre de Gilbert Sinoué « Avicenne ou La route d'Ispahan », une biographie d'Avicenne, né en 980

Table des matières

INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODES	4
I. RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES	4
II. CHOIX DE LA METHODE	4
III. LES ENTRETIENS	5
1. POPULATION	5
2. GUIDE D'ENTRETIEN	5
3. DEROULEMENT DES ENTRETIENS	6
IV. L'ANALYSE ET LA SYNTHÈSE DES RESULTATS :	6
V. COMITE D'ETHIQUE ET COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATION ET DES LIBERTES	7
RESULTATS	8
I. DONNEES GENERALES	8
1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	8
2. CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS	8
II. REPONSE A LA QUESTION DE RECHERCHE	9
1. DE LA DEMANDE A LA PRISE EN CHARGE	9
2. FREINS A L'INTERVENTION	14
3. EN CAS DE PRISE EN CHARGE	16
4. CONSEILS ET STRATEGIES PROPOSEES	23
DISCUSSION	26
I. ANALYSE ET CONFRONTATION AUX DONNEES DE LA LITTERATURE	26
1. LE DOUBLE ROLE « PROCHE-MEDECIN »	26
2. POURQUOI LE DOMAINE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE EST-IL A PART ?	33
3. UNE ATTITUDE TENDANT VERS LE REFUS, A MODERER ET A EXPLIQUER	35
4. SE QUESTIONNER ET SE FORMER	37
II. FORCES ET LIMITES	41

CONCLUSION **43**

BIBLIOGRAPHIE **44**

ANNEXES **47**

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population	8
---	---

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : La posture du médecin face à ses proches en souffrance psychique dans son double rôle	30
Figure 2 : Portrait-robot de l'attitude du médecin face à une demande de soin et ses déterminants	32
Figure 3 : Déterminants de la posture du Proche-Expert	39

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : E-mail de présentation du travail de recherche pour recrutement des MG version 1	47
Annexe 2 : E-mail de présentation du travail de recherche pour recrutement des MG version 2	48
Annexe 3 : Caractéristiques des médecins interrogés	49
Annexe 4 : Guide d'entretien première version	50
Annexe 5 : Guide d'entretien – version finale	52
Annexe 6 : Formulaire d'informations et de consentement	54
Annexe 7 : Extrait d'entretien retranscrit intégralement	55
Annexe 8 : Extrait du Tableau d'analyse "brut"	57
Annexe 9 : Extrait tableau d'analyse final	58
Annexe 10 : Avis du Comité Éthique du Collège National des Généralistes Enseignants	59
Annexe 11 : Questions de LA PUMA et de DAGNICOURT	60
Annexe 12 : Base pédagogique réalisée par DAUTEL et JEANNE	61

LISTE DES ABREVIATIONS

DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

MT : Médecin Traitant

MG : Médecin Généraliste

PEC : Prise En Charge

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

INTRODUCTION

« Dis-moi, est-ce que tu peux me prescrire... ? »

Cette question, tout médecin l'a déjà entendue : selon l'étude de LA PUMA en 1992, traitant de la prise en charge des proches des médecins (1), 99 % d'entre eux avaient déjà reçu une sollicitation médicale ; environ 80 % avaient déjà réalisé un diagnostic et/ou une prescription médicale. Dans son travail de thèse, en 2014, COUSIN retrouvait que « 69 % des médecins étaient Médecin Traitant (MT) déclaré d'au moins un des membres de leur famille » (2).

La Prise En Charge (PEC) médicale des proches semble un sujet universel pour les médecins, survenant à un moment ou un autre de leur carrière.

Comment définir la notion de « proche » ? Quelles personnes y inclure ? Ce terme est défini selon les travaux de deux manières différentes et complémentaires.

La première est la notion de lien affectif ou de relation personnelle préexistante à la relation de soin, définie dans un article de l'Association Canadienne de Protection Médicale (3) mais également dans plusieurs autres travaux (4,5).

La seconde définition est celle de « non patient », décrite par GIROLDI et al (6) comme « *une personne non officiellement enregistrée auprès du médecin mais avec une relation personnelle (famille ou ami) significative avec le médecin* ».

L'existence de ce lien préexistant entraîne un biais dans une potentielle relation médecin-patient. En effet, la relation médecin-patient est caractérisée par l'empathie, définie (7) comme la « *faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent* », ce qui est différent d'une relation avec un proche, pour lequel on éprouve de la sympathie qui peut être définie comme la « *participation à la joie, à la peine d'autrui* » (8). La différence principale entre ces deux sentiments est la participation : on participe à l'émotion de l'autre dans la sympathie, quand on ne fait que la percevoir dans l'empathie. Une relation de soin avec un proche est donc une relation basée sur une sympathie préexistante.

L'objectivité nécessaire au raisonnement médical est altérée par cette sympathie, comme le décrit DELMAS en 2010 dans son travail de thèse étudiant les événements indésirables dans ce contexte de soins aux proches (9) : « *L'affect se voit être un énorme scotome dans le*

raisonnement et la prise en charge médicale de ses proches ; il obscurcit et altère le champ visuel médical du praticien qui ne parvient pas à percevoir de façon objective le tableau qui se présente à lui ». Cette altération du raisonnement médical peut conduire à réaliser davantage d'examens complémentaires (10) mais également à moins envisager des diagnostics défavorables comme un cancer (11), ce qui peut aboutir à un retard diagnostique, notamment concernant les pathologies aiguës (9).

Certains domaines soulèvent de manière générale les réticences des médecins à prendre en charge leurs proches. Ces domaines sont les pathologies graves, la fin de vie, les troubles psychologiques et psychiatriques (11,12). Pourtant les troubles mentaux sont un recours fréquent en médecine générale et représentent 10 % des consultations (13). De plus, entre 25 et 34 % des patients consultant en médecine générale sont atteints de troubles de ce spectre (14,15). Lorsqu'un patient est en souffrance psychique, l'interlocuteur vers lequel il se tournera en première intention est son MG, avant les professionnels de ce domaine (psychiatres, psychologues, psychothérapeutes) (16,17) : en effet, la dépression est prise en charge par les médecins généralistes dans 70 % des cas (18).

La notion de « souffrance psychique » ne correspond pas à un diagnostic du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) 5 mais nous l'avons choisie car elle permet de regrouper des problématiques variées avec cette idée commune de souffrance liée à une altération de l'état psychique. Elle est définie dans l'ouvrage d'HAXAIRE et al (19) comme « *une façon de désigner une catégorie de problèmes plus qu'un diagnostic, une catégorie par défaut* ».

Vu leur fréquence, la probabilité qu'un proche de MG souffre de ces troubles est élevée : le risque de sollicitation l'est également puisque repéré comme interlocuteur possible. Les études sur les soins apportés aux proches montrent une réticence à l'idée de pouvoir prendre en charge un proche souffrant d'une pathologie psychologique ou psychiatrique, mais l'attitude des MG en cas de confrontation réelle à ces problématiques n'a pas été étudiée.

Dans ce travail, nous nous intéresserons donc à la manière dont les MG réagissent face à leurs proches en souffrance psychique.

L'objectif principal de notre travail est de déterminer quelle posture les MG adoptent face à la sollicitation de leurs proches en souffrance psychique.

Les objectifs secondaires sont de déterminer les stratégies mises en œuvre par les MG pour protéger leur relation avec leur proche et d'analyser si cette demande de soins psychiques est plus difficile que pour des soins organiques.

MATERIEL ET METHODES

I. Recherches bibliographiques

Nous avons tout d'abord effectué une recherche bibliographique, avant de proposer le sujet en commission de thèse afin de vérifier l'originalité du sujet traité. Nous nous sommes servis des mots clés suivants : « médecin et proches », « soigner ses proches », « relation médecin-patient », « souffrance psychique ». Nous avons eu du mal à trouver des articles pertinents, du fait d'un problème de référencement et de la difficulté à trouver des termes MeSH pour désigner les proches. Les articles qui ressortaient étaient en lien avec les proches des patients, plutôt qu'avec les proches des MG. Pour nous aider dans nos recherches, nous avons participé à un atelier à la Bibliothèque Universitaire Santé de Toulouse.

Ces mots-clés ont été utilisés sur les moteurs de recherches PubMed®, Google Scholar®, le SUDOC, CISMef et des revues de médecine générale (Exercer®, Prescrire® ...), mais la plupart des articles ont été sélectionnés en utilisant la bibliographie des articles précédemment trouvés.

Le logiciel Zotero® nous a aidé à rédiger une bibliographie structurée.

II. Choix de la méthode

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons choisi d'employer une méthode qualitative qui est particulièrement intéressante lorsque les facteurs observés sont subjectifs et donc difficiles à mesurer. Elle nous semblait être celle permettant la plus grande liberté de parole et le recueil des réactions, postures et émotions des MG interrogés. Nous avons réalisé des entretiens individuels semi-dirigés, qui permettaient d'aborder un sujet relativement intime en discutant de la relation des médecins avec leurs proches et tout particulièrement de la dimension psychique.

III. Les entretiens

1. Population

Nous avons d'abord recruté des MG dans notre entourage (anciens tuteurs, maîtres de stage, médecins remplacés), par sollicitations e-mail (Annexe N°1 et N°2), que nous avons modifié après le 3^{ème} entretien en supprimant la notion de « souffrance psychologique » afin de ne pas dévoiler le sujet précis. Nous avons ensuite poursuivi le recrutement grâce à un effet « boule de neige », à la fois dans la région toulousaine et angevine.

Les variables retenues pour réaliser l'échantillonnage selon le principe de variation maximale ont été le sexe, l'âge, le mode et le lieu d'exercice ainsi que l'existence d'une formation en psychologie et la présence d'un professionnel de la souffrance psychique (psychiatre, psychologue...) dans la structure d'exercice. Toutes ces données ont été regroupées dans un tableau en Annexe N°3.

Nous avons poursuivi les entretiens jusqu'à la saturation des données qui a eu lieu au bout du 11^{ème} entretien et confirmée par la réalisation de 2 entretiens supplémentaires.

2. Guide d'entretien

Nous avons formulé notre guide d'entretien (Annexe N°4) en insistant sur des notions qui nous semblaient importantes.

Deux entretiens tests (un par chercheur) ont été réalisés afin de le valider en pratique sur le plan de la compréhension des questions. Les données de ces tests n'ont pas été exploitées.

Nous avons effectué une modification de la version initiale au bout du 7^{ème} entretien (Annexe N°5) : la première question a nécessité à plusieurs reprises d'être reformulée. Nous avons donc scindé la question en deux parties permettant une meilleure compréhension lors des entretiens suivants.

Le guide d'entretien débutait par des questions simples établissant les caractéristiques du MG interrogé dans le cadre de notre talon sociologique, puis le guide explorait la question de recherche en 5 parties. La 1^{ère} partie demandait au MG s'il intervenait dans les soins de son entourage – ou s'il refusait d'intervenir. La 2^{ème} partie lui proposait de relater la dernière sollicitation médicale par un de ses proches et sa perception des motivations de l'entourage à le solliciter spécifiquement. La 3^{ème} partie était le récit d'une sollicitation de son entourage pour une problématique psychique. Dans la 4^{ème} partie le MG décrivait la dernière fois qu'il avait

remarqué des difficultés d'ordre psychique d'un proche sans avoir été sollicité. La 5^{ème} partie abordait la façon dont le MG « gérait » ces sollicitations, ses freins et ses motivations à y répondre, les conséquences éventuelles de cette intervention sur ses relations avec ce proche.

3. Déroulement des entretiens

Les entretiens avaient lieu dans l'endroit choisi par le MG interrogé, la plupart du temps au cabinet médical, au domicile ou dans un endroit neutre.

Nous avons réalisé un formulaire d'information et de consentement qui expliquait notre étude et notre démarche de recherche : « Etude du vécu du médecin généraliste face à ses proches en souffrance psychologique » (Annexe N°6).

Nous les informions également que les données seraient entièrement anonymisées. Ce formulaire était remis au début de chaque entretien et signé par le médecin.

Les entretiens étaient réalisés avec l'une de nous (chercheuse) et le médecin, notre entretien était enregistré à l'aide d'un smartphone avec l'application Dictaphone. Nous prenions également des notes afin de retranscrire également le langage « non verbal ».

IV. L'analyse et la synthèse des résultats :

Une fois l'entretien effectué, la chercheuse réalisait la retranscription. Cette retranscription était faite mot pour mot, sans abréviation, sans en changer le texte et sans aucune interprétation sur un fichier Microsoft Word ® (Extrait d'un Entretien en Annexe N°7).

Cette retranscription était faite le plus rapidement possible afin d'être encore imprégnée de l'atmosphère de l'entretien.

Le langage non verbal était également notifié (rire, silence, postures, attitude...).

Les données recueillies ont par la suite été codées dans un document Microsoft Excel® (Annexes N°8 et N°9).

Le texte était codé fragment par fragment en « unité de sens » ou « code ». Nous avons réalisé une analyse thématique des verbatims puis les unités de sens étaient regroupées en une liste de thèmes.

Nous avons cherché à réaliser une ébauche de théorisation ancrée lors de la rédaction de la discussion.

v. **Comité d'éthique et Commission Nationale de l'Information et des Libertés**

Notre thèse abordant un sujet sensible, la souffrance psychique, et en vue d'une potentielle publication de nos résultats, nous avons effectué une demande auprès du Comité d'Éthique du Collège National des Généralistes Enseignants. Nous avons obtenu un avis favorable avec la formulation de remarques fondées : Avis n° 200604176, du 24/06/2020 (Annexe N°10).

Concernant la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, la demande de conformité à la Méthodologie de Référence MR004 a été déposée auprès du Délégué à la Protection des Données du Département Universitaire de Médecine Générale : nous avons reçu un avis favorable.

RESULTATS

I. Données générales

1. Caractéristiques de la population

Sexe		
Femme 6		Homme 7
Age		
< 35 ans 3	35-60 ans 8	> 60 ans 2
Zone d'installation		
Urbaine 2	Semi Rurale 5	Rurale 6
Profession du conjoint		
Soignant Médecin 4 Psychologue 1 Sage Femme 1		Non soignant 6
Mode d'exercice		
Seul 1	En association 10	Autre 1 retraité 1 autre
Présence d'un psychologue au sein de la structure de soin		
Oui 6		Non 7
Formation spécifique		
Oui 3 Hypnothérapie		Non 10
Pathologies psychiatriques évoquées lors des entretiens		
Trouble anxio-dépressif 7 Violences sexuelles 1 Trouble parentalité 2 Mal être suite à un problème somatique 2 Pathologie psychosomatique 2 Addiction 1 TCA 1 Bipolarité 1 Deuil pathologique 1		

Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population

2. Caractéristiques des entretiens

Les 13 entretiens se sont déroulés du 16 décembre 2019 au 2 août 2021. La durée des entretiens variait de 18 à 51 minutes. La durée moyenne était de 26 minutes. Ils se sont déroulés pour 8 d'entre eux au cabinet du MG interrogé, pour 4 des entretiens au domicile du MG et pour l'un dans un parc.

II. Réponse à la question de recherche

1. De la demande à la prise en charge

a. Comment le patient formule-t-il sa demande de soins ?

Les médecins étaient sollicités directement par leurs proches (E12) : « *les médecins sont dans la vie en vraie, avec leurs familles, avec leurs amis, donc oui ils sont sollicités comme toutes personnes on va dire* » (E7). Ils pouvaient également l'être par l'intermédiaire d'un tiers : « *c'était ma famille globalement qui me demandait (...) ce que je pensais de la prise en charge* » (E10). Dans certaines situations, il n'y avait pas de sollicitation du proche : « *elle, elle était pas vraiment à me demander mon avis mais moi j'ai senti qu'il fallait qu'elle se fasse aider* » (E9).

Les demandes de soins pouvaient revêtir des formes différentes : « *être dans la vie personnelle, aux repas de famille* » (E3), « *par mails, par sms, par Whatsapp® etc* » (E4), « *un conseil téléphonique* » (E13), « *dans un contexte beaucoup plus informel* » (E4).

La quantité de demandes variait selon l'existence ou non d'autres médecins dans l'entourage : « *en fait moi je suis le seul médecin de ma famille donc euh... oui moi je suis régulièrement sollicité* » (E5). Ces demandes avaient lieu dès le début du cursus médical : « *quand j'étais étudiante en médecine, elle me disait un peu euh ... quel traitement elle avait, ce que lui disait le psychiatre* » (E2).

Pour certains, les sollicitations étaient « *normales entre guillemets* » (E5). D'autres les comprenaient par la persistance du statut de médecin même en dehors du cabinet, sans forcément les apprécier : « *on est médecin même en dehors du cabinet hein donc du coup, même si ça nous fait chier des fois* » (E5). La comparaison avec d'autres métiers a été évoquée à plusieurs reprises : « *comme quelqu'un qui serait informaticien et qui on appelle, ok toi tu as des compétences en informatique* » (E7), « *j'ai mon cousin il est venu à la maison, il est paysagiste bah je lui ai posé deux questions sur les plantes quoi tu vois (rires) et il allait pas me dire "bah fuck (...), c'est dimanche"* » (E5).

b. Pourquoi le patient demande-t-il ?

La principale raison retrouvée aux demandes était la notion de facilité, « *y'a pas besoin de se déplacer* », « *euh c'est pratique, y'a pas besoin de prendre rendez-vous* » (E9) et la notion de « *rapidité* » (E9). Certains d'entre eux étaient même considérés comme « *facilitants* » : « *et puis elle me connaît, elle sait que je lui dirai pas forcément non* » (E6).

Les médecins citaient également le problème de la désertification médicale : « *Parce qu'elle n'arrivait pas à trouver de médecin traitant là où elle était.* » (E10).

Ils étaient considérés comme un intermédiaire afin « *de faciliter le contact avec le monde médical* » (E13) et une personne compétente dans le domaine : « *les gens ils nous repèrent, mon mari et moi, comme pouvant les aider pour pleins de soucis médicaux* » (E1). Lorsque le proche était confronté à une difficulté de communication avec un médecin, « *ils osaient pas dire au chirurgien que la prise en charge ne leur convenait pas* » (E1), le proche médecin était également sollicité.

La notion de relation de confiance était également un critère majeur retrouvé dans la plupart des entretiens, « *parce qu'ils nous font confiance aussi et je pense que c'est rassurant (...) pour les proches de demander à quelqu'un (...) qu'ils connaissent.* » (E12).

Certains proches allaient même jusqu'à tester cette relation « *et donc là comme c'est particulier, je pense, que ce qu'elle teste aussi c'est la loyauté coûte que coûte* » (E7).

c. Quels sont les motifs des demandes ?

Les demandes les plus fréquentes concernaient des questions simples « *sur quelque chose d'assez précis pas forcément très personnel* » (E2) auxquelles le médecin pouvait « *répondre simplement* » (E2), par exemple un avis dermatologique sur photo (« *une photo de ses avant-bras qui avaient de l'eczéma* » (E2), « *un siège rouge* » (E9)) ou l'interprétation d'une biologie. Ce pouvait aussi être « *un conseil sur une prise en charge* » (E9) ou un second avis lorsqu'une « *prise en charge n'allait pas* » (E1). Les proches demandaient « *des noms aussi, de personnes qui pourraient les aider* » (E1).

Les sollicitations concernaient également la réalisation d'ordonnances ou de certificats : « *les gens qui disent "tiens j'ai ça, est ce que tu peux pas me faire une ordonnance pour ceci ou cela" » (E3), « un certificat (...) pour bosser l'été » (E6).*

De manière plus occasionnelle, le proche sollicitait le médecin pour une PEC (« *tu pourras mettre un coup de stéthoscope sur les poumons de mamie ? » (E9)) voire pour devenir son MT (« elle aimerait bien que je sois son médecin généraliste » (E9)).*

Concernant les demandes de la sphère de la souffrance psychique, le syndrome anxiodépressif d'un proche était cité lors de la majorité des entretiens, associé parfois au burn-out. D'autres situations concernant des motifs tels que l'exogénose, le deuil pathologique, les violences sexuelles, les Troubles du Comportement Alimentaire (TCA), les troubles du développement et de la relation parent/enfant et les pathologies psychosomatiques ont été rapportées par les médecins.

d. Et quand le médecin accepte, pourquoi le fait-il ?

Quelles sont ses motivations ?

Le médecin pouvait être amené à réaliser une PEC pour faciliter son proche, que ce soit pour une raison de commodité : « *elle est étudiante, donc elle n'a pas trop le temps de consulter » (E2), pour contourner la difficulté d'accès aux soins : « l'accès au médecin n'est pas très facile sur l'île ça peut m'arriver de faire des ordonnances » (E7) ou pour éviter une rupture thérapeutique « sur ça je dis oui, parce que ben ... elle va pas rester sans traitement » (E7).*

L'idée que « *dans les avis ponctuels généralement ça se fait assez facilement » (E4) était récurrente. Les motifs globalement acceptés relevaient « plutôt du dépannage, qui nécessite pas forcément un examen clinique » (E10) ou d'une « prescription d'un médicament somme toute avec très peu d'effets secondaires et qu'elle prend depuis longtemps » (E10).*

La présence d'un médecin référent était confortable pour le médecin : « *elles voient régulièrement un gynécologue (...) qui leur fait la prescription et en général moi je leur fais l'autre prescription pour 6 mois et je sais qu'elles sont suivies et que ça pose pas de souci quoi » (E10).*

Le contexte d'urgence laissait peu de choix quant à une intervention du médecin : « *il y a une situation d'urgence où on est là et du coup on prend le relais à un moment donné » (E8).*

Une autre motivation exprimée était le souhait d'une bonne PEC des proches : « *mais parce que j'ai envie (...) qu'elle soit bien prise en charge ma mère !* » (E6) et pour éviter « *une perte de chance* » (E4), notamment en cas de déficience du MT : « *par manque de confiance envers les confrères (...) le médecin de ma grand-mère était vraiment à côté de la plaque et je l'ai vu, et j'ai pas pu m'empêcher de prendre le relais* » (E8).

Certains saisissaient l'occasion de prendre en charge un proche réfractaire aux soins « *parce que je sais que c'est compliqué le soin avec lui, y'a une sorte de précarité et d'isolement et de fuite de la santé* » (E6). Parfois, la seule motivation à rester ou devenir le MT était l'amélioration de l'état du proche (« *je la vois en évolution* » (E7)) ou pour éviter une issue fatale (« *je préférerais quand même le faire plutôt qu'il meure* » (E5)). L'acceptation d'une PEC de leur part leur semblait parfois plus importante que venant d'un médecin lambda « *je sais qu'il (...) appellera jamais son médecin, il va jamais le consulter quoi. (...) Alors que moi oui, il va me répondre, à mes appels...* » (E5).

La volonté d'aider était très présente dans les entretiens : « *j'ai envie de les aider en fait* » (E5), « *si on devient un soignant, c'est que quelque part on a besoin de se sentir aidant* » (E13), parfois contrebalancée par les risques de mauvaise évolution, comme chez le proche alcoolique du médecin 5 : « *Si il s'en sort bah c'est génial mais, si... ça marche pas ce serait quand même difficile...* » (E5). Dans ce dernier cas, savoir qu'il n'y aurait « *jamais de reproches* » (E5) de la part de l'entourage du proche permettait une certaine sérénité dans la PEC.

Le côté valorisant d'être sollicité et de pouvoir répondre était mis en avant : « *il faut bien le prendre, il faut le prendre plutôt comme un honneur* » (E5), avec une approche bienveillante avec les proches sollicitants : « *on partage le savoir aussi, et voilà (...) c'est plus de l'entraide* » (E7).

A l'opposé, un sentiment d'obligation pouvait pousser le médecin à réaliser une PEC : « *dans une famille quand il y a un médecin c'est toujours à lui de gérer* » (E7), « *ils m'ont bloqué, ils m'ont piégé* » (E4). Il pouvait également ressentir des difficultés à refuser : « *donc je dis non etc mais à un moment je me retrouve en situation quoi où j'ai pas trop le choix. Ou je me sens un peu obligée* » (E4) et des difficultés à ignorer les sollicitations « *une fois qu'ils m'en ont parlé je peux pas faire comme s'ils m'avaient rien dit* » (E5). Ces situations pouvaient entraîner « *une forme de souffrance, c'est vrai qu'à l'époque je m'en apercevais pas forcément, et que j'acceptais de la subir, je trouvais ça normal de m'occuper de lui, une forme de mission* » (E13).

Les motivations des médecins à prendre en charge des troubles psychiques présentaient certaines spécificités supplémentaires. Une bonne relation initiale pouvait favoriser une PEC : « *c'est quelqu'un que je côtoie voilà facilement donc je me suis pas sentie... agressée on va dire* » (E3). Le médecin pouvait se sentir plus efficace par la connaissance de la personne et de son histoire : « *je pense que j'étais celle qui pouvait la mieux la comprendre, à la fois par le côté je la connais depuis des années et à la fois par le côté médical ça y a joué* » (E8), avec une facilité pour obtenir des confidences de la part de leur proche « *et puis peut être qu'après ils se livrent très facilement à moi aussi, beaucoup plus qu'à d'autres* » (E5).

Comme pour une problématique plus générale, les situations d'urgence les forçaient à intervenir : « *cette amie là (...) qui était dans une situation de détresse, qui ne voulait voir personne d'autre parce que j'étais la bouée à ce moment-là et que la connaissant, si je disais non, je préjuge peut-être mais je pense vraiment qu'elle se serait, qu'elle se serait cassé la figure voire suicidée quoi.* » (E7).

Comment se positionne-t-il ? Quel est son rôle ?

Les médecins dans la grande majorité des situations rencontrées optaient pour une posture de proche, « *avant tout si c'est un proche bah tu te comportes comme un proche ou comme un ami ou comme, pas forcément comme un professionnel* » (E6). Ils préféraient se positionner en tant que tel « *je me suis finalement positionnée comme copine, amie, mais j'ai essayé d'enlever ma casquette de médecin dans ce domaine-là finalement, pour que ça soit plus confortable pour moi* » (E1).

Certains préféraient au contraire tenir une attitude de médecin, en considérant les proches comme des patients « *Moi voilà j'ai fait comme avec mes patients* » (E3).

Certains arrivaient à faire plus facilement la différence et jongler entre les 2 rôles, « *j'essaye d'avoir un comportement un peu schizophrénique en étant l'ami dans certaines situations et dans ce cas-là on ne parle pas de santé et ça ils le respectent par contre. Et puis le médecin j'essaye de faire comme je fais avec tout le monde* » (E13). Mais pour d'autres cela était plus ambigu et indissociable « *on ne sait pas trop où est la limite finalement entre bah le côté fils ou frère euh... et le côté médecin parce que finalement on a quand même des connaissances et... même en tant que fils j'ai des connaissances qui me permettraient de l'aider parce que c'est mon travail* » (E10).

2. Freins à l'intervention

Les raisons de l'absence d'intervention du médecin étaient multiples.

Le contexte dans lequel se faisait la demande pouvait être un frein, que ce soit lié à la distance géographique : « *on habite loin donc c'était pas concrètement possible* » (E3), à l'impossibilité de réaliser un examen clinique : « *si j'ai besoin d'un examen clinique pour euh faire une prescription je... et que je peux pas faire cet examen clinique je le fais pas* » (E10) ou au fait que ce ne soit « *pas du tout dans le cadre* » (E3) médical habituel, sans consultation et hors du cabinet : « *parce que ça biaise les relations, car quand tu vas manger chez l'un ou l'autre ils vont parler de leur santé patin couffin donc c'est agaçant.* » (E8).

Le repérage d'une difficulté en l'absence de sollicitation pouvait limiter l'intervention : « *mais je me suis pas sentie autorisée d'intervenir parce qu'on me demandait pas mon avis [...] Alors que pourtant c'était mon boulot, j'étais complètement dedans* » (E1), notamment quand le médecin savait que le proche avait de bonnes ressources : « *j'ai pas plus poussé parce que je sais qu'y a un bon entourage et que je sais que c'est des choses qu'il avait déjà fait auparavant (...) consulté des... des psychothérapeutes* » (E6). Quand le médecin ressentait un manque de volonté de son proche, cela pouvait également le pousser à s'abstenir d'intervenir : « *je peux pas faire les choses à leur place et on peut pas aider tout le monde* » (E10).

Le type de relation initiale influait également sur la réponse du médecin : « *ce que j'aime pas c'est vraiment les gens qui viendraient par intérêt* » (E3), « *des proches, qui sont pas très, voilà, avec qui je suis pas très intime* » (E6), « *c'est la relation aussi qu'on a qui fait que j'irai pas jusque-là* » (E3). La personnalité du proche pouvait freiner le médecin : « *et comme elle est très particulière aussi, c'est très difficile effectivement le suivi* » (E7). Les proches pouvaient également se limiter d'eux-mêmes pour ne pas mettre en difficulté leur proche médecin : « *ils ne m'en parlent pas, car ils savent que là par contre ça va être difficile pour moi* » (E8).

Un deuxième frein identifié était lié à l'aspect médical. Les médecins pouvaient avoir l'impression d'une balance avantages/inconvénients négative pour le proche : « *Si je sais que de rendre service à... à la personne, finalement c'est pas lui rendre service que de le faire je ne le fais pas.* » (E10).

Cela pouvait aussi être lié au type de pathologie, par exemple les « *maladies chroniques (...)* là pour moi, il ne faut pas intervenir » (E2), aux problématiques complexes (E4) ou encore à la

non-connaissance du dossier médical : « *je lui renouvelle pas son médicament contre la tension parce que (...) je sais pas s'il a fait une prise de sang récemment, euh s'il a vu un cardiologue, voilà.* » (E10). Une demande sur un sujet qu'il ne maîtrisait pas était une cause de refus : « *parfois il peut ne pas se sentir compétent (...), suivant les spécialités euh, on n'a pas forcément les réponses à apporter* » (E12). De plus, la difficulté à aborder « *des choses peut-être plus intimes, plus personnelles* » (E6) pouvait rebuter certains médecins.

La prescription de traitements de la sphère psychique était une limite claire : « *je prescrirais jamais par exemple un, un psychotrope à un proche (...) ça c'est non* » (E12).

La perte d'objectivité dans le soin des proches était évoquée comme une raison de ne pas prendre en charge : « *je pense qu'on est très mal situé pour, pour soigner ses proches, car l'affect rentre obligatoirement en compte et donc on fera pas comme avec les autres patients, ça c'est évident, soit en trop soit en moins* » (E8) et notamment l'idée que « *pour pouvoir bien gérer les problèmes psychologiques il faut avoir un certain détachement par rapport à la personne qu'on a en face* » (E11).

Les conséquences potentielles étaient également un sujet prépondérant dans les entretiens, avec la peur d'engager sa responsabilité « *je refuse pour les membres de la famille, parce que je trouve que c'est une charge morale et une responsabilité* » (E13), notamment lorsqu'il s'agit d'initier une PEC sans savoir où elle aboutira « *quelque chose d'anodin peut très vite se transformer en quelque chose de grave et euh j'aimerais pas avoir à annoncer je sais pas un cancer ou quelque chose à l'un de mes proches parce que ce serait pas à moi de le gérer plus tard et en tant que médecin je peux faire une annonce, en tant que fils à un parent non.* » (E10). Parfois, le souhait de s'impliquer pouvait être délétère pour le patient : « *Bah maltraitance euh... dans le sens où... en s'impliquant qu'à moitié et en faisant qu'à moitié les choses finalement on fait moins bien que si on s'était impliqué à 100%* » (E10).

La peur de l'erreur lorsqu'il s'agissait d'un proche (« *on a pas envie de, encore moins envie de se, de se tromper* » (E12)) était encore plus grande, ainsi que le sentiment de culpabilité et d'« *échec quand c'est quelqu'un de la famille, c'est plus dur à vivre que quand c'est juste un patient...* » (E5), « *je m'en voudrai beaucoup plus* » (E5). Le risque de reproche faisait également pencher la balance « *ce que tu fais ou ce que tu dis ça, ça peut avoir des répercussions, on peut te le reprocher après.* » (E6). La crainte d'un impact sur les relations, était aussi mise en avant « *Parce que la santé c'est quelque chose d'envahissant (...), souvent*

si on est le médecin et bien on ne parle que de ça et ça tronque les relations que l'on peut avoir avec ses proches. » (E12).

Cette peur des conséquences a pu aboutir à un sentiment d'incapacité à assumer le rôle de médecin « *j'ai senti à un moment qu'elle n'allait pas bien, mais je n'étais pas en capacité moi-même de l'accompagner » (E8), « mais moi en tous cas je sens que j'ai, je ne voulais pas être le médecin à ce moment-là quoi » (E7), ou de ne pas vouloir être identifié comme potentiel référent "mais ça aurait voulu dire m'impliquer aux yeux de ma famille (...) et il m'auraient probablement vu comme le... bah comme un équivalent de médecin traitant ce que je ne voulais pas. " (E10).*

3. En cas de prise en charge

a. Type d'intervention

Le médecin ne jugeait pas toujours son intervention comme nécessaire, il préférait souvent « *rester à sa place » (E1), et montrer qu'il était disponible : « anticiper et aller au-devant, avant même qu'il y ait une demande, parce qu'on pense savoir pour les autres, je suis pas sûre que ça soit aidant » (E1). L'écoute « je suis pas psychologue mais parfois juste de les écouter ça suffit » (E10), sans refus catégorique « je refuse jamais d'écouter un (...) proche qui souffre » (E5), pouvait débloquer des situations.*

Dans d'autres contextes, il prenait un rôle d'interprète vis-à-vis du monde médical : « *quand ils ont des questions disons que je le renvoie pas, (...) c'est qu'ils n'ont pas eu réponses ou qu'ils n'osent pas demander (...), mais on sert de traducteur en fait je crois dans les familles » (E7). Ce rôle d'interprète servait également auprès de l'entourage du proche malade « moi je décrypte en fait » (E7).*

Les interventions les plus couramment rapportées étaient de donner un conseil médical ou un avis sur une PEC « *souvent il se réfère à moi, pour me demander ce qu'il doit faire » (E13). Ils n'hésitaient pas dès lors qu'une limite était franchie à orienter vers le MT « après quand je sens qu'il faut aller voir le médecin traitant je leur dis direct » (E5), ou déléguer la PEC à un confrère : « elle voulait que je la suive mais j'ai dit non c'est hors de question, je ne peux pas donc va voir ma consœur » (E8). Dans les problématiques d'ordre psychique l'adressage vers un psychiatre ou un psychologue était également habituel « il avait des phénomènes un peu de,*

d'angoisse avec des troubles un peu de dépersonnalisation, donc bon il y avait un contexte qui était pas forcément habituel (...) je lui ai conseillé d'aller voir un psychiatre » (E13).

Les autres motifs d'intervention était la réalisation d'ordonnances : *« ça peut m'arriver de prescrire mais je fais pour des choses assez simple » (E9), de certificats, ou une aide à l'obtention de rendez-vous médicaux : « intervenir pour les aider, j'y pense pour avoir des rendez-vous plus rapide » (E8).*

Les sollicitations pour des problématiques de la sphère psychique aboutissaient en général à *« faire un peu de psychothérapie » (E5). De la psychothérapie de soutien, sous forme d'écoute attentive « je pense que j'amènerai au moins une écoute active pour savoir au moins si la personne elle est dans le besoin de se confier » (E9). Une PEC interventionnelle avec la réalisation de prescription était beaucoup plus rare : « je leur prescris jamais rien hein, je... c'est juste de la discussion » (E5). On retrouvait à plusieurs reprises dans les entretiens une situation redoutée, qui aurait poussé les médecins à intervenir : le risque suicidaire « sauf si elle m'avait dit « voilà j'ai des idées suicidaires » (...) là ça aurait peut-être été d'intervenir... vraiment dans l'urgence on va dire... oui je pense que j'aurais voilà... peut être appelé des équipes de psy ou des choses comme ça, rapidement quoi, si jamais j'avais eu ce message-là » (E3).*

b. Avantages perçus de la prise en charge

Impact pour le proche

Un des bénéfices mis en avant était une compréhension plus rapide de la situation, plus globale : *« ça m'a permis peut-être plus vite de comprendre la situation » (E1). Ceci représentait un avantage en comparaison à un autre patient dont « on connaît pas forcément toute l'histoire (...) même si on creuse » (E5) et notamment dans une situation d'exogénose, où le médecin connaissait chez son proche les raisons qui l'ont « amené à boire de l'alcool et puis à pas réussir à s'en sortir » (E5).*

Certains mettaient en avant une liberté de parole pour le proche (*« je pense qu'elle m'a parlé assez librement » (E3)) mais également un regard différent de médecin avec « moins de jugement, bah parce que mine de rien même si on essaie évidemment de pas juger nos patients, euh... on peut avoir quand même... certains a priori » (E5), « je connaissais l'histoire, le*

contexte, donc ça m'a permis (...) d'être plus dans l'empathie, (...) moins dans le jugement » (E1).

L'impact des conseils était jugé plus important grâce à « *l'étiquette de médecin* » (E3) par rapport aux conseils d'autres proches : « *un peu plus de poids entre guillemets je pense, qu'une copine lambda qui lui dirait la même chose* » (E3). La réassurance était également perçue comme plus efficace : « *mon avis et ma présence même au bout du fil a un intérêt pour elle parce que ça la rassure* » (E12).

Pour les proches, il y avait un bon vécu de la PEC (« *elle était plutôt contente de parler* » (E1)), avec un effet positif sur la relation initiale : « *ça a plutôt renforcé notre relation pour le coup* » (E1). Les deux rôles de médecin et de proche étaient décrits comme complémentaires : « *j'ai eu l'impression de les accompagner (...) comme amie et un peu comme médecin* » (E1). Le repérage d'une souffrance psychique et l'incitation à réaliser une PEC a pu entraîner une bonne amélioration clinique (E9).

Impact sur la prise en charge d'autres patients atteints de la même maladie

Evoqué principalement dans la PEC de troubles psychiques, l'un des bénéfices pour le médecin était l'amélioration des compétences diagnostiques, comme dans l'E2 concernant un trouble anxiodépressif, cela a pu aider « *à le diagnostiquer, (...) les gens viennent pas toujours en pleurs, ils se plaignent plus d'une fatigue* ». Il développait également une meilleure compréhension de la maladie et des patients : « *je pense que je l'ai compris en me disant, la dépression est vraiment une maladie et la personne elle en subit les conséquences, et donc ça, je pense que ça m'a aidé à mieux comprendre* » (E2), « *ça m'a vraiment aidé en fait à plus à comprendre la personne alcoolique* » (E5). Cela pouvait aussi lui permettre de « *l'expliquer à la famille d'un patient* » (E2).

c. Difficultés ressenties

Inconfort du médecin

La réalisation d'une PEC pouvait se révéler inconfortable pour le médecin, notamment dans le cadre de pathologies graves : « *j'ai participé de très près à l'évolution neurologique, de la déchéance (...) c'est d'autant plus douloureux* » (E4). Les situations médicales complexes

étaient également sources de difficultés, illustrées par le questionnement du médecin 7 autour d'une hospitalisation en psychiatrie pour une amie patiente : *« les enfants m'appelaient alors qu'ils avaient 16 ou 17 ans avec une mère en état d'ébriété enfin ça c'était un peu compliqué, en fait prendre la décision de « est-ce qu'il faut hospitaliser ou pas hospitaliser, dans quel cadre ? à la demande des enfants ? » »* (E7).

Le médecin pouvait également se retrouver dans une situation inconfortable lorsqu'on lui demandait un avis sur une PEC et qu'il était en désaccord avec son confrère : *« elle rentre pas moi dans mes critères d'une, d'une personne à troubles du comportement alimentaire (...) j'ai pas tous les éléments aussi, donc peut être que je me trompe »* (E6). L'intervention dans la PEC d'un confrère pouvait être problématique pour les différentes parties : *« plus y'a d'intervenants, plus c'est le bazar parce que tout le monde y met sa prescription tout le monde change les prescriptions ou la prise en charge selon son point de vue »* (E10).

Le double rôle médecin/proche était une autre source d'inconfort *« parce que il y a cette ambiguïté, on est consœurs et en même temps amies et en même temps heu... »* (E7), le médecin pouvait avoir du mal à trouver sa place : *« ça allait pas, cet espèce de siège entre deux où finalement j'étais ni avec le patient, ni avec l'équipe soignante »* (E9). La notion de *« franchissement de la barrière »* (E4) qu'il y a habituellement entre le médecin et son patient le faisait entrer dans un *« espèce de double jeu »* (E9) inconfortable : *« autant rentrer dans l'intimité des gens c'est mon travail (...) autant là finalement rentrer dans leur intimité familiale et ça m'a gêné »* (E1). La difficulté du double rôle pouvait entraîner une ambivalence sur la place que le médecin souhaitait jouer (E5).

La différence entre une relation de sympathie et d'empathie était soulignée *« car l'affect rentre obligatoirement en compte et donc on fera pas comme avec les autres patients, ça c'est évident, soit en trop soit en moins »* (E8). Ce qui entraînait une perte du recul nécessaire : *« ce qui est compliqué c'est que sa souffrance à elle, et beh moi je la ressens en tant que sa fille enfin et pas médecin, enfin on a pas le recul comme avec un patient »* (E2) et pouvait causer une *« souffrance »* (E13) chez le médecin.

Le médecin pouvait se retrouver dans une situation délicate lorsqu'il acceptait une PEC et que le proche considérait par la suite que *« t'as dit oui (...) c'est oui pour tout, y compris pour des choses peut-être plus intimes, plus personnelles »* (E6).

La PEC de proches eux-mêmes médecins, ainsi que leur famille, était également pointé comme une difficulté : « j'étais son amie, et c'est ensuite que je suis devenue son médecin traitant parce que c'est une consœur en plus donc, c'est un peu compliqué » (E7).

Une spécificité des PEC de la sphère psychique était le risque de se retrouver confronté au suicide : « ma mère a fait des tentatives de suicide mais bon c'était avant que je sois médecin mais je pense qu'on a forcément des doutes, est-ce que je n'ai pas été assez présent, est-ce que je n'ai pas vu les signes et ça peut être encore plus compliqué quand on est soignant. » (E2).

Impact négatif sur la liberté de parole

La liberté de parole du médecin était souvent limitée, parce qu'il osait moins s'exprimer : « je pense que je serais son médecin j'aurais pas fait pareil parce que j'aurais pu lui dire de manière plus... directe » (E12), « je m'autorise beaucoup moins de choses que si elle était venue me voir en consultation » (E1). La gêne d'entrer dans l'intimité des proches était une entrave supplémentaire, « ça m'a gêné, et je m'autorisais pas à poser certaines questions » (E1), d'autant plus si cela touchait au domaine psychique : « oui en fait je me vois pas demander à ma mère si elle a des pensées suicidaires ou pas, ou d'évaluer ce genre de choses ... » (E2). Pour certains médecins, leurs proches pouvaient eux aussi se sentir moins libres de s'exprimer : « quand on aborde des questions psychologiques, il faut aussi que la personne qui vienne te voir, soit suffisamment libre pour pouvoir parler de tout (...) et quand c'est quelqu'un de ta famille, il y a peut-être des choses plus difficiles à exprimer. » (E13).

La parole de médecin n'était parfois pas entendue, comme dans l'entretien 4 où l'annonce d'un problème psychosomatique avait eu du mal à être acceptée par le proche : « dans le fonctionnel, je pense que le fait d'être, (...) n'est pas une aide quoi, d'être parmi les proches ».

Dans d'autres cas, il s'agissait du médecin qui ne souhaitait pas entendre certaines confidences considérées comme taboues ou trop personnelles « il y a peut-être des choses que je n'ai pas envie d'entendre aussi, parce qu'ils ont leurs vies privées, parce que donc j'ai pas envie de savoir forcément pourquoi ils ne sont pas bien » (E8). Le type de relation avec le proche influençait la capacité à aborder certains sujets : « c'est la relation aussi qu'on a qui fait que j'irai pas jusque-là, (...) d'aborder ce sujet-là parce que ça me met mal à l'aise » (E3).

Impression de moins bonne prise en charge

Les médecins jugeaient parfois leur PEC comme de mauvaise qualité « *j'ai pas l'impression de faire du bon boulot* » (E1) et surtout, différente que pour un patient classique « *y'a beaucoup trop de choses qu'on ferait pas comme avec un vrai patient* » (E10). L'aide réellement apportée était remise en question « *car c'est pas de bonnes façons d'exercer et je sais pas si je te rends vraiment service* » (E7), tout comme le regard sur l'évolution des pathologies, lui aussi biaisé « *de suivre, je sais pas l'évolution, euh c'est compliqué de voir s'ils vont mieux ou pas* » (E2).

La parole ainsi que les conseils du médecin n'étaient pas écoutés ni suivis de manière consciencieuse « *ils nous suivent pas toujours dans ce qu'on peut leur apporter* » (E1). L'observance des proches pouvait également être influencée par un paramètre matériel comme la notion d'argent : « *la compliance des euh... gens qui sont proches de vous au traitement est beaucoup moins bonne que celle des patients habituels qui ont réglé leur consultation* » (E11).

Ils supposaient parfois que leur parole pouvait avoir moins d'impact que celle d'un autre médecin « *ça a peut-être moins de poids que si c'était un médecin extérieur* » (E3).

L'intervention du médecin sans volonté du proche n'avait pas le même impact : « *l'expérience médicale montre que les gens font que ce qu'ils ont envie de faire. Vous pouvez leur conseiller le meilleur traitement du monde, leur prescrire le meilleur traitement du monde s'ils ont pas envie de le prendre ils le prendront pas* » (E11).

La PEC des proches pouvait être plus « laxiste » et risquait donc d'entraîner des erreurs médicales « *mais si ça se trouve un jour il va faire une pneumopathie et je vais dire « non tu tousses c'est rien » et je vais pas l'ausculter* » (E3). Le fait de « *ne pas aller au bout des choses, ou euh... ou ne pas oser dire les choses peut être aussi, ça peut... être une perte de chance* » (E3).

L'objectivité nécessaire dans le rôle de médecin pouvait être perdue « *le côté psychologique enfin c'est encore plus compliqué quoi c'est encore plus difficile, parce qu'on est encore moins objectif* » (E2), il y avait souvent une perte de la distance jugée nécessaire « *je me suis mis à avoir un petit peu du mal à, à gérer son fonctionnel on va dire, parce que j'avais un peu perdu euh... le côté justement un peu distanciation* » (E4).

Dans la PEC psychologique, le médecin pouvait se sentir « *moins légitime, moins repérée comme pouvant être un interlocuteur possible* » (E2) ou moins compétent « *nos études nous*

aident beaucoup à pouvoir répondre à la souffrance physique, mais pour répondre à la souffrance psychique je trouve qu'on est beaucoup moins armés, pour le coup... » (E1).

d. Influences positives ou négatives sur les relations

Influence de la relation initiale sur les soins

Le type de relation initiale pouvait influencer l'intervention du médecin : d'un côté il y avait par exemple « *une personne pour lequel (...) j'ai vraiment des atomes crochus et où je suis proche* » (E4) et à l'opposé « *des proches mais c'est pas (...) des amis* » (E6). Dans le premier cas le médecin pouvait « *être parfois un petit plus motivé, euh interventionniste, à décrocher les coups de téléphone* » (E4). Dans le second, la réaction du médecin était toute autre : « *ça me fait chier qu'ils me demandent* » (E6) notamment dans les relations perçues comme intéressées « *des personnes où je me suis toujours demandé (...) pourquoi on était amis, si c'était pas en lien avec euh... avec ma profession* » (E6).

Cependant, cette idée que les amis et la famille bénéficiaient d'une PEC plus approfondie était contrebalancée par certains exemples comme la PEC des enfants : « *je pense que les enfants de médecin c'est pas les mieux suivis des enfants (rire) quand je vois le carnet de santé des miens* » (E8).

Certains proches taisaient une partie de leurs maux afin de protéger leur proche-médecin : « *mon père a dû faire une dépression (...) mais il ne m'en a jamais parlé (...) on parle beaucoup, donc je pense qu'il a voulu me protéger* » (E8).

L'utilisation du tutoiement avec les proches pouvait influencer la relation de soin : « *entre tutoyer quelqu'un et le vouvoyer (...) je trouve euh rien que ça ça change un petit peu la façon je trouve d'exercer son métier de médecin, l'écoute que tu peux avoir vis-à-vis des gens* » (E4).

Une relation amicale pouvait également se nouer secondairement à la relation de soin (E4), ce que certains médecins se refusaient afin justement de ne pas biaiser la relation de soin : « *je me sens pas de, de d'être autre chose que le professionnel, je pense que je serais moins bon dans la prise en charge* » (E6).

Influence des soins sur la relation initiale

L'impact négatif d'une PEC sur la relation initiale était une conséquence décrite : « *elle me répondait pas du coup je me disais ben peut être que (...) j'ai pas été à ma place à un moment et du coup elle a plus envie qu'on se voit* » (E1), notamment en cas de possible erreur diagnostique qui pouvait entraîner une rupture des liens : « *je l'ai jamais revu, donc il est suivi par mon autre collègue* » (E4). Un refus de PEC pouvait également entraîner des reproches (E2).

Sans avoir cet aspect négatif, le statut de médecin et l'imaginaire collectif qu'il y a autour de ce métier pouvaient influencer les relations avec l'entourage « *la relation avec ma famille a déjà changé le jour où je suis rentré en médecine (...) ils me regardent un peu différemment (...) pour eux c'est un peu inaccessible s'tu veux le médecin* » (E5). En tant que parent, les demandes pouvaient également être modifiées « *elle va être beaucoup dans la plainte avec moi, beaucoup moins avec son père, parce que (...) elle part du principe qu'il sait pas* » (E12).

Absence d'influence

Certains médecins décrivaient une absence d'influence d'une relation sur l'autre (E6).

4. Conseils et stratégies proposées

a. En général

Le premier conseil donné par les médecins concernant la PEC des proches était en général de l'éviter : « *Moi je pense que c'est pas bon (...) il vaut mieux éviter surtout ses parents et ses très proches* » (E8), ce qui pouvait consister en « *un moyen de protection (...) de dire non d'emblée à tout, (...) parfois on regrette d'avoir mis un petit peu le pied.* » (E8). Cette attitude était d'autant plus importante en cas de souffrance psychique car « *la part psychologique (...) est très compliquée à gérer au sein du cadre familial ou proche* » (E8). Ils préconisaient de prendre la posture de proche plus que celle de médecin : « *je me suis finalement positionnée comme copine, amie, mais j'ai essayé d'enlever ma casquette de médecin dans ce domaine-là finalement, pour que ça soit plus confortable pour moi* » (E1).

La notion de limites à poser était également un conseil récurrent : « *je leur ai fixé des règles (...) je leur ai clairement dit que si ça me posait souci je ne le ferai pas* » (E10). Ces limites devaient être intégrées par le proche mais également par le médecin lui-même : « *c'est à nous de connaître nos propres limites (...) nos proches ne peuvent pas forcément le savoir, c'est à nous de le savoir* » (E10). Le franchissement de cette barrière était un signal d'alerte : « *tant que nous ça ne nous pose pas de problème (...) je pense qu'on peut le faire et quand on sent que cette limite elle est dépassée et qu'on est trop impliqué par exemple émotionnellement, il vaut mieux s'en... s'en abstenir* » (E10). Ces limites étaient un moyen de protection pour le médecin « *vaut mieux à la limite dans un premier temps se protéger et puis si on sent qu'on peut le faire dans un second temps, le faire* » (E9) mais également pour l'entourage : « *on protège notre famille d'une maltraitance* » (E10). Ce besoin de protection pouvait être ressenti par le médecin comme « *un côté un peu égoïste* » (E8) quand il ne se sentait pas en capacité de s'impliquer : « *je pense que j'étais fatiguée à ce moment-là, et je n'étais pas en capacité de l'aider (...) j'ai ressenti qu'à ce moment-là ça allait être trop dur pour moi.* » (E8). Les barrières mises en place ne diminuaient pas forcément le nombre de sollicitations mais permettaient au médecin de refuser : « *je suis quand même sollicité mais en tout cas je, j'ai pris des distances* » (E13).

Sur le plan pratique, les médecins conseillaient de se limiter aux simples conseils et au dépannage : « *je peux dépanner mais pas soigner* » (E1) et de « *refuser les demandes quand on est pas dans le cadre* » (E3). Quand les demandes dépassaient leurs limites, ils préconisaient de faire le minimum et de déléguer « *je ne suis pas avare de mes conseils non plus quoi, si il me demande mais toujours en le renvoyant vers son médecin traitant* » (E7), sans « *renier en bloc le fait que tu sois médecin (...) parce que ça peut être vraiment très mal vécu je pense par la personne* » (E5). L'attitude recommandée était de « *rester bienveillant* » (E5), de « *faire les choses de façon très rationnelle, et systématique* » (E13) et dans le cadre de la souffrance psychique « *être assez humble et accueillir ce que les gens veulent bien nous dire* » (E1).

La nécessité d'un MT extérieur était soulignée « *le fait qu'il y ait un médecin au-dessus enfin un autre médecin c'est important* » (E8), c'est-à-dire qu'il « *faudrait que tout le monde ait un médecin traitant* » (E3). Certains ayant réalisé le suivi de proches auparavant ne souhaitaient plus le faire : « *en tout cas médecin traitant c'est plus quelque chose que je ferais* » (E13).

La personnalité du médecin influençait fortement l'acceptation ou le refus de la PEC : certains médecins étaient plutôt ouverts « *je vois en fonction des demandes qui me sont adressées mais*

euh j'ai pas de stratégies » (E12) et arrangeants « moi je sais que je suis facilement assez à dire oui et voilà, à vouloir aider » (E6).

D'autres étaient très clairs, avaient leurs convictions et n'y dérogeaient pas *« alors c'est peut-être une question de génération, je vois ma fille qui est plus jeune médecin de 30 ans, c'est très clair elle a posé : je ne parle pas de médecine, je ne donne aucun conseil mais c'est très rigide » (E7).*

Accepter de tenir sa position et ses convictions était vu comme une force de caractère *« ça dépend des personnalités, peut-être qu'y'a des gens qu'ont une personnalité assez forte entre guillemets pour soigner leurs proches, moi je pense pas l'avoir cette force mais j'ai au moins la force de dire quand je ne veux pas. Et ça c'est le principal. » (E10).* Cette décision devait être prise en *« âme et conscience » (E4)* et en fonction de *« la vision qu'on peut avoir (...) de son métier de médecin » (E4).*

Dans tous les cas, opter pour un discours clair en cas de refus de PEC était présenté comme primordial : *« je leur ai clairement dit que si ça me posait souci je ne le ferai pas et ils sont (...) tout à fait au courant que si je leur dis non c'est non » (E10).*

b. Si on accepte de prendre en charge

Accepter de s'investir dans une PEC nécessitait en contrepartie que le proche coopère, en prenant par exemple un rendez-vous de consultation : *« ils respectent en tout cas, s'ils veulent un avis, ils viennent en consultation comme n'importe quel patient » (E13), « elle me dit « faudra qu'on prenne rendez-vous » mais elle va pas m'exposer le truc forcément le dimanche » (E3),* ou en acceptant de se plier à une examen physique si jugé nécessaire *« on a fixé les conditions, voilà c'est-à-dire qu'il faut qu'elle soit examinée si elle ne veut pas que ce soit par moi, ça sera par quelqu'un d'autre » (E7).* Cela nécessitait pour le médecin de remettre un cadre officiel et de retrouver sa posture de professionnel *« je me remets derrière mon bureau » (E3),* parfois en devenant le MT officiel : *« donc là c'est quand même assez organisé parce que c'est signé médecin traitant, le papier » (E3).*

Le constat de la plupart des médecins était le manque de formation autour de ces problématiques, *« je pense que ça devrait être abordé dans nos études » (E6).* Refuser la PEC d'un proche, n'était pas une posture facile à tenir *« je trouve que le « apprendre à dire non », qu'on a au quotidien pour nos patients, il pourrait aussi euh concerner apprendre à dire non à nos proches quoi » (E6).*

DISCUSSION

I. Analyse et confrontation aux données de la littérature

1. Le double rôle « proche-médecin »

a. Les avantages

Pour le médecin, la particularité des PEC de proches est qu'il doit jongler entre sa casquette de professionnel de santé et celle de sœur, de père, d'amie...

Ce double rôle présente des avantages : il a une connaissance et une vision globale de son proche, de son contexte de vie. Cela lui permet de mieux appréhender le patient et donc d'assurer une PEC avec plus d'éléments. Dans la souffrance psychique, ce qui importe comme le décrit HAXAIRE (19) : « *ce n'est pas la dynamique d'installation d'un symptôme (...) mais l'histoire de vie du patient, le contexte social ou familial dans lequel il évolue et qui peut être à l'origine ou la conséquence du trouble : histoires d'isolement, de deuils, d'agressions subies, de difficultés sociales et financières.* ». Tous ces éléments sont déjà connus par le proche-médecin ce qui lui permet de cerner plus rapidement la problématique du proche et d'y faire face avec plus de justesse.

Cela peut donc amener à une facilité de PEC comme le dit GALLOT (12) : « *les avantages d'une réponse à la demande de soins des proches se retrouvaient dans la bonne connaissance du patient, la relation de confiance, la disponibilité, la réévaluation plus aisée* ». Il est donc plus simple pour lui de pouvoir recueillir des confidences grâce à cette relation de confiance préexistante mais aussi de fournir au proche un espace de parole libre.

Souvent les conseils donnés étaient considérés comme ayant plus de poids, plus d'impact et en cas de simple réassurance, elle était perçue comme apportant un plus grand réconfort que si elle venait d'un médecin non proche. Comme retrouvé dans le travail de CHEN et al (20), le médecin proche est plus attentif aux détails et fait preuve d'une plus grande humanité avec une attention au bien-être de son patient plus importante que pour un patient non proche ce qui pouvait amener à une PEC perçue de meilleure qualité.

L'une des caractéristiques de cette double casquette, que l'on a pu retrouver lors des entretiens, était le rôle de traducteur, d'interprète entre le monde médical et les proches grâce à sa posture d'expert.

A l'aide de son œil avisé, il pouvait également repérer une souffrance psychique dont le proche n'avait pas toujours conscience ou pour laquelle il n'aurait pas consulté un autre médecin. Ce repérage était un avantage pour le proche qui pouvait bénéficier des connaissances médicales du proche-médecin, de sa meilleure compréhension du système de santé mais également de son réseau professionnel et amical comme le décrivent bien les travaux de MOSKOP et SMITH (21,22). La relation de confiance est très importante entre un médecin et son patient, cela l'est certainement encore plus dans les domaines tels que la psychologie ou la psychiatrie. L'obtention de noms de thérapeutes était soulevée par les médecins comme l'un des avantages dont ils pouvaient faire bénéficier leur proche. Probablement que cela entraînerait un transfert de confiance du proche-médecin vers le thérapeute recommandé.

Se tourner vers le proche-médecin est souvent un choix mais est grandement favorisé par la désertification médicale qui se creuse depuis quelques années, et peut donc être le seul moyen d'obtenir une PEC.

Les avantages de prendre en charge un proche en souffrance psychique pouvaient également bénéficier au médecin lui-même, élément que nous n'avons pas retrouvé dans la littérature car non exploré jusque-là.

Notre travail apportait une hypothèse nouvelle évoquée par plusieurs médecins au cours de nos entretiens. Ils évoquaient le fait que prendre en charge ou être confronté à la souffrance d'un membre de leur famille ou ami leur avait permis d'améliorer leurs capacités de diagnostic et de PEC pour leurs autres patients. Cela a été décrit dans deux pathologies : la dépression et l'addiction. En connaissant le parcours, la personnalité et le contexte de vie des proches, ils avaient pu mieux appréhender la maladie et donc mieux la comprendre. Cela leur avait donc servi par la suite dans la PEC de patients non proches, pour mieux repérer les signes atypiques d'une dépression ou les accompagner avec moins de jugements comme dans le cas de l'addiction.

Cette notion n'a pas été décrite dans les travaux antérieurs sur la PEC des proches et semblerait donc spécifique de la souffrance psychique.

b. La difficulté : la confusion des rôles

La confusion des rôles est la difficulté majeure qu'implique cette double casquette. Cette notion est explorée dans la thèse de DAGNICOURT (11) : « *séparer sa fonction médicale de sa position de proche semble souvent difficile et inenvisageable* ». Nous retrouvons lors des entretiens cet aspect intriqué voire indissociable des deux rôles.

La persistance du statut de médecin en dehors du cabinet y était également soulignée, expliquant l'ambiguïté sur le rôle joué, pour le médecin mais également pour son proche. En effet, pour GOUBET (23) : « *la médecine est dans la nature de ce que nous sommes. Il nous est impossible de nous détacher de cet art intellectuel que nous cultivons au quotidien* ». Être médecin n'est pas juste une profession, c'est un savoir que l'on porte au quotidien, connu et reconnu par les proches.

Il en découle une imbrication entre vie privée et vie professionnelle qui met en difficulté le médecin, dès le début de son cursus, comme le retrouve MARIN (24) dans sa thèse sur le positionnement des internes en MG face aux problèmes de santé de leurs proches.

Le médecin, qui en temps habituel est dans une relation d'empathie avec son patient, se retrouve quand il est face à ses proches à devoir mêler une relation de soin à une relation de sympathie préexistante (4).

L'empathie est un moyen de protection du médecin : elle lui permet de percevoir et de comprendre les émotions de son patient, sans les ressentir avec lui pour ne pas se retrouver débordé par ce trop-plein d'affects. Elle permet également de maintenir une distance et l'objectivité nécessaire dans la décision médicale.

Dans les soins apportés aux proches, la part affective de la relation initiale entraîne une perte d'objectivité (24). Nous avons mis en évidence que cette perte de distance et d'objectivité semblait encore plus prégnante lorsqu'il s'agissait d'une problématique de souffrance psychique.

L'inconfort du médecin découle de la confusion des rôles et de la perte du recul nécessaire. Sur le plan médical, il peut trouver difficile d'explorer certains domaines intimes (uro-gynéco, fin de vie mais aussi la psychiatrie...) (25), nécessaires à son expertise, a fortiori dans les questions de souffrance psychique. Par exemple, l'interrogatoire autour du risque

suicidaire était difficilement envisageable pour les médecins interrogés : poser la question de l'existence d'idées suicidaires, systématique chez un patient dépressif, leur semblait inconcevable lorsqu'il s'agissait d'un proche.

De plus, le ressenti de la responsabilité et la charge morale sont exacerbés lorsqu'il s'agit d'un proche car l'implication est plus importante. DELMAS (9) retrouve dans son travail de thèse sur les événements indésirables lors de soins aux proches la prédominance d'émotions à connotation négative en cas de difficultés lors d'une PEC (anxiété, regret, culpabilité...). Nos résultats étaient concordants sur ces points.

L'inconfort était également lié au sentiment d'obligation que ressent le médecin dans 25 % des cas selon différentes études (1,26), allant jusqu'à 60 % chez les internes (5). Notre travail retrouvait également ce ressenti, exprimé par des mots forts : « *ils m'ont bloquée, ils m'ont piégée* » (E4), « *une forme de souffrance (...), j'acceptais de la subir* » (E13).

Il ne faut donc pas sous-estimer la prévalence et l'importance que peut prendre ce sentiment d'obligation dans la PEC des proches et la souffrance qui peut en découler.

Le rôle du médecin est parfois difficile à endosser et la limite avec le statut de proche souvent floue.

La situation décrite par le médecin 7 était une illustration de ce qui pourrait être fait pour limiter les difficultés : par ses connaissances médicales, elle a réalisé le diagnostic de dépression d'un proche. Cependant, ne se sentant pas capable de garder cette casquette de médecin pour l'aider et réaliser la PEC, elle s'est servie de son réseau professionnel afin de lui assurer une PEC de qualité. Elle a ainsi pu concilier les soins de son proche avec la préservation de sa propre sécurité psycho-affective en respectant ses limites.

Certains médecins décrivaient un sentiment d'irritation à l'encontre des demandes de conseils en dehors de leur temps de travail, par exemple lors de repas de famille, percevant comme irrespectueuses ces demandes informelles.

D'un autre côté, pour certains médecins il fallait considérer ces demandes comme un « honneur », une marque de confiance du proche.

La comparaison a été faite à plusieurs reprises avec d'autres professionnels experts dans leur domaine (informatique, horticulture...) également confrontés à ce type de demandes. Il se

posait alors plusieurs questions : pourquoi refuserait-on de prodiguer un conseil alors qu'on en demanderait à d'autres professions ? Peut-on réclamer le respect de son temps de vie privée quand soi-même on ne l'applique pas forcément à autrui ? Et en même temps, est-il possible de comparer l'informatique et la santé ?

Pour synthétiser, nous avons réalisé un schéma de la posture adoptée par le MG dans ce double rôle quand l'un de ses proches est en souffrance psychique, pouvant être déstabilisée par différents éléments.

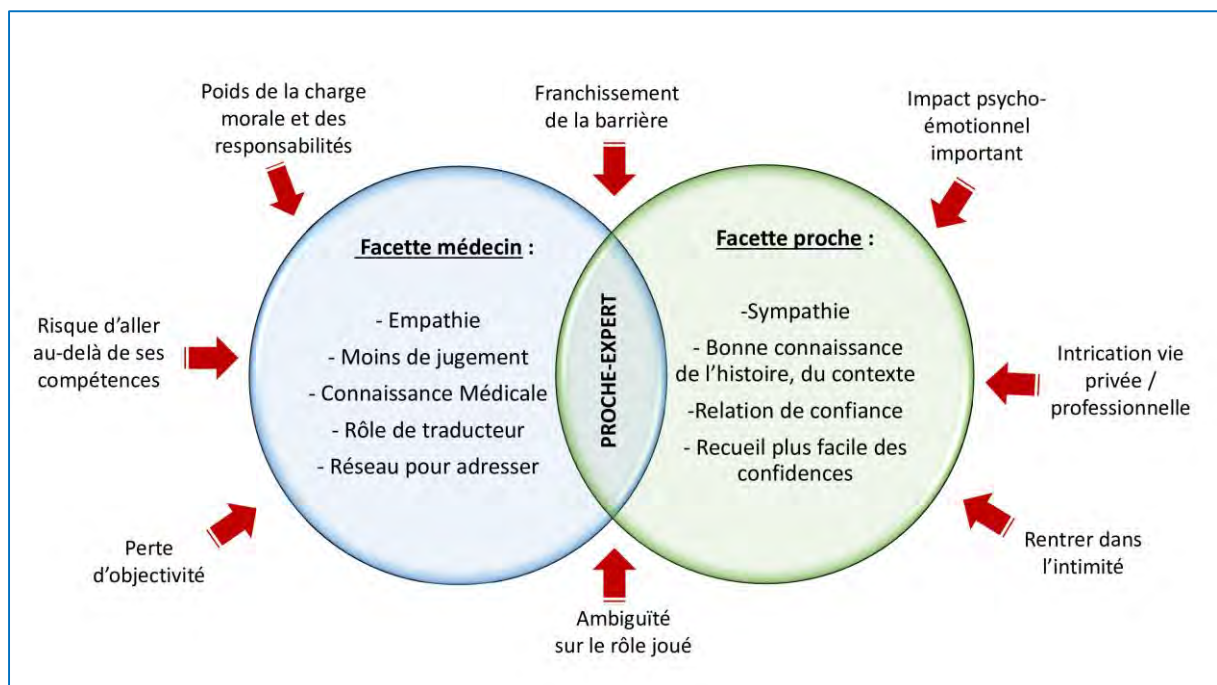


Figure 1 : La posture du médecin face à ses proches en souffrance psychique dans son double rôle

La posture du Médecin en tant que professionnel de santé est représentée par la bulle de gauche avec ses caractéristiques. Son statut de médecin permet d'apporter ses connaissances médicales, de jouer un rôle de traducteur de l'information médicale et d'orienter grâce à son réseau. Il amène la notion d'empathie propre à son métier tout en ayant moins de jugement qu'il ne pourrait en avoir pour un patient classique.

Cette bulle est accolée à une autre qui est celle de sa posture en tant que Proche : il adopte cette fois-ci une position de sympathie grâce à laquelle il a une bonne connaissance de l'histoire, du

contexte, avec une relation de confiance déjà établie et qui lui permet le recueil des confidences de manière plus aisée.

Ces bulles sont fragiles, la limite entre ces deux entités est mince et souvent le proche-médecin n'arrive pas à se contenter d'une seule de ses casquettes car elles sont indissociables. A la frontière de ces deux bulles, il préfère prendre le rôle de « PROCHE-EXPERT ». Proche, car dans le domaine très précis de la souffrance psychique c'est cette place-là qui est la plus « confortable » à endosser pour lui, mais tout en apportant son savoir médical et son regard d'expert.

Cette harmonie peut être fragilisée par la présence de ressentis négatifs qui peuvent rendre inconfortable et difficile une telle PEC. Ces éléments sont représentés à l'extérieur des bulles et peuvent à tout moment compromettre leur intégrité.

c. Les positionnements : portraits-robots

Nous avons retrouvé des éléments inhérents à la personnalité du médecin au travers des entretiens, qui expliquaient en partie les problématiques rencontrées face à la demande de soin de leurs proches. La qualité la plus souvent mise en avant était l'empathie, avec la capacité de se mettre à la place de son patient et donc de comprendre et percevoir ses émotions. Elle était importante au même titre que l'écoute, essentielle en médecine générale. Le souhait d'aider, associé au besoin de se sentir utile étaient régulièrement décrits comme des aspirations communes. La notion d'ego du médecin, avec le besoin de reconnaissance et de valorisation n'était pas à sous-estimer. Ces éléments vont en général être des motivations pour le médecin à intervenir dans les soins d'un proche.

D'un autre côté, le besoin d'un « cadre », avec la réalisation de PEC selon des recommandations est difficilement compatible avec la PEC de proches, d'autant plus en cas de souffrance psychique.

Les entretiens nous ont également permis de définir une attitude-type des médecins face aux différentes catégories de sollicitations, que nous avons synthétisée dans le schéma ci-après.

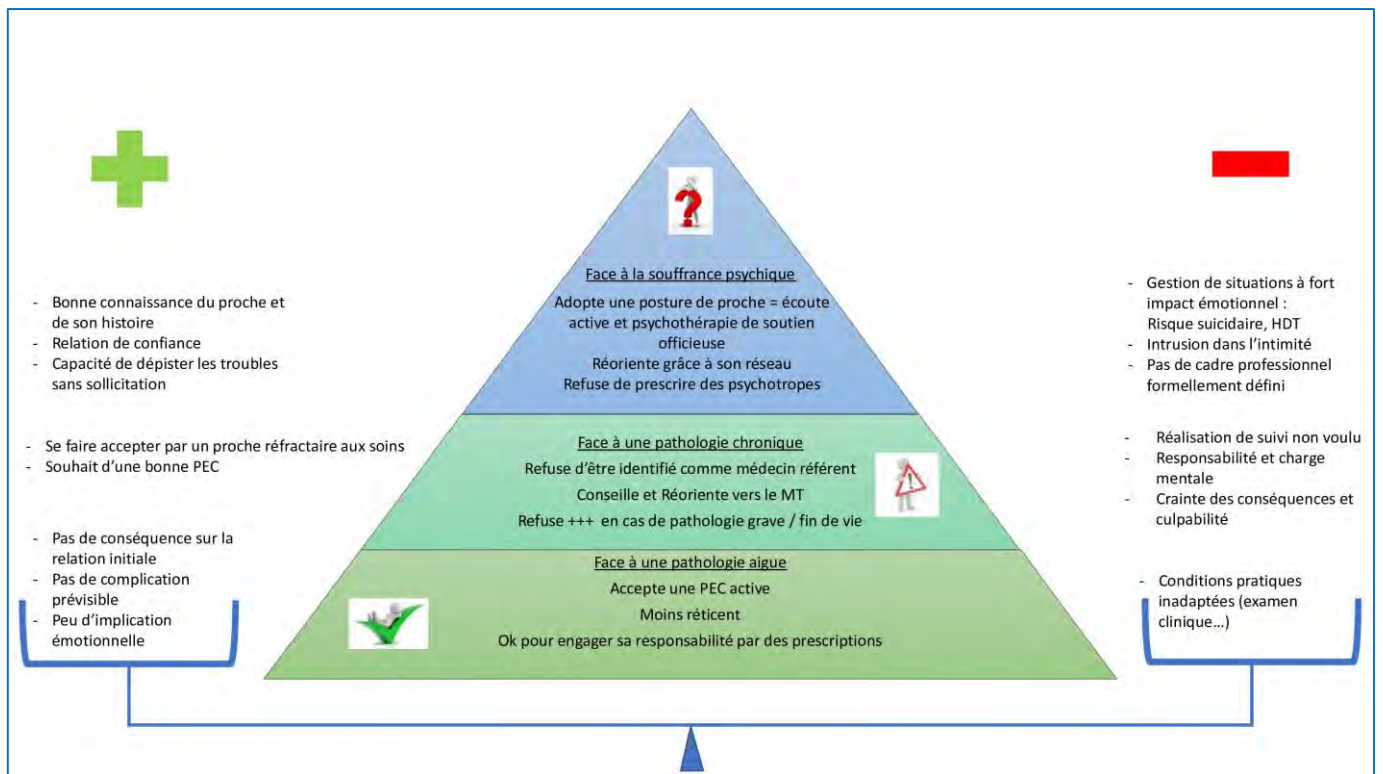


Figure 2 : Portrait-robot de l'attitude du médecin face à une demande de soin et ses déterminants

Nous avons choisi les trois grandes catégories qui se dégagent des entretiens : la demande dans le cadre d'une pathologie aiguë, d'une pathologie chronique et face à une souffrance psychique d'un proche.

Nous avons dressé le portrait-robot de l'attitude du médecin selon chaque type de situation, représenté au sein d'une pyramide. La base large et stable représente les situations les plus fréquentes et mettant le moins en difficulté le médecin. Le sommet de la pyramide, plus étroit, concerne la souffrance psychique, motif dont la gestion est la plus compliquée et où l'équilibre peut être plus difficile à trouver.

Cette pyramide est positionnée sur une balance, qui peut pencher d'un côté (positif) ou de l'autre (négatif) selon les déterminants. Ces derniers ont tendance à faire pencher la balance vers le positif lorsqu'il s'agit de pathologies aiguës car ils sont plus nombreux que les inconvénients. A contrario, pour une pathologie chronique, les avantages pèsent moins lourd que les aspects négatifs. Pour la souffrance psychique, la balance oscille entre les deux et c'est

au médecin, selon sa personnalité, son vécu et sa réflexion autour de ce sujet de déterminer de quel côté elle penche.

2. Pourquoi le domaine de la souffrance psychique est-il à part ?

La souffrance liée à des problèmes psychologiques ou psychiatriques est fréquente : 1 personne sur 5 dans la population générale présentera un épisode dépressif majeur au cours de sa vie, 1 personne sur 7 des troubles du spectre de l'anxiété, 1 personne sur 20 des troubles liés à l'alcool (16). Dans notre étude, nous avons d'ailleurs pu remarquer que tous les médecins interrogés avaient été confrontés à la souffrance psychique d'un proche, qu'ils aient ou non été informés de notre intérêt pour ce sujet avant l'entretien.

Le MG est le premier recours face à ces pathologies, comme souligné dans plusieurs travaux (14,17). Le MG est la plupart du temps la porte d'entrée dans le système de soins psychiatriques. En effet, il est plus facilement accessible à la fois sur le plan pratique, devant la diminution importante du maillage des psychiatres sur le territoire. Il est également moins synonyme dans l'imaginaire collectif de la PEC de « la folie » comme peut l'être la psychiatrie. Il existe pourtant de nombreuses similitudes entre ces deux spécialités, comme GALLAIS le décrit dans son travail (27) : *« ce sont d'abord des disciplines cliniques qui ne sont pas focalisées sur un organe ou une fonction, mais sur une personne. La relation soigné / soignant est au cœur du métier »*.

Les difficultés soulevées par les médecins concernant les prises en charge autour de la souffrance psychique concernent notamment leur manque de formation, comme le relèvent MERCIER et al (28): *« à peine un praticien sur cinq avait effectué un stage de psychiatrie au cours de leur formation initiale. De fait, la prise en charge pratique de la dépression occupe une place marginale dans le programme des études médicales alors que son importance en termes de morbidité et de handicap est avérée »*. Ce manque de formation est aussi décrit par FOVET et al (29). Dans nos entretiens, nous retrouvions également cette notion de manque de formation par rapport aux prises en charges somatiques avec la sensation d'être *« beaucoup moins armés »* (E1).

Pour HAXAIRE et al (19), d'autres problématiques sont à prendre en compte, notamment le côté chronophage de ces prises en charge mais également la confrontation avec les limites du

médecin et de la médecine. Ils décrivent « *l'écoute " empathique " (...) la modalité d'écoute qui mobilise le plus le médecin généraliste en le poussant dans ses limites* ». Il n'y a pas toujours de réponse « médicale » à donner, renvoyant le médecin à son impuissance : « *Ceci borne le pouvoir médical et s'impose au médecin généraliste comme une insuffisance en termes de savoir, de capacité diagnostique ou thérapeutique. Il se trouve atteint au cœur même de sa fonction ce qui génère une souffrance pour lui-même* ».

La PEC de la souffrance psychique est donc un exercice qui peut mettre le médecin en difficulté, avec des spécificités toutes particulières lorsqu'il s'agit de proches.

L'écoute avec laquelle le médecin reçoit le discours et l'histoire de vie de son patient peut parfois engendrer une difficulté à maintenir « *la bonne distance avec son patient* » (19). Les notions de « barrière » et de « détachement » sont décrites dans les entretiens comme nécessaires à une bonne PEC du patient : elles sont aussi utiles au médecin pour se protéger, rester dans l'empathie sans glisser vers la sympathie. Cette distance est par définition absente lorsqu'il s'agit d'un proche.

Comme avec un patient dont l'histoire nous toucherait particulièrement, l'implication avec un proche serait différente, avec une façon de recevoir les informations et d'y répondre influencée par cette relation de sympathie.

Nous avons également identifié que dans certains cas, il pouvait exister chez le médecin un sentiment de manque de légitimité et d'absence d'identification comme professionnel compétent par son proche, dans le cadre de la souffrance psychique. Dans la littérature, on retrouve cette analyse dans le travail de GALLAIS (27) : « *la reconnaissance du rôle des généralistes reste limitée* ». Il n'est pas toujours identifié comme ayant le bagage suffisant pour être utile dans ce domaine.

L'absence de sollicitation pouvait également venir du fait que certains proches avaient une attitude de protection de leur proche médecin, en préférant éviter d'évoquer leur souffrance afin de ne pas les mettre dans une situation difficile, comme rapporté par le médecin 8. Le proche lui-même s'est censuré, ne sollicitant donc ni son proche-médecin, ni un autre professionnel et n'a donc pas bénéficié d'une PEC.

Une des principales inquiétudes rapportées dans le cadre de la souffrance psychique est le risque d'être confronté à un événement aigu. FOVET et al (29) rappellent que le MG « *doit donc être*

capable de détecter les signes cliniques en faveur d'une décompensation aiguë chez un sujet sans antécédent ou chez un patient présentant une pathologie psychiatrique chronique (...) et d'orienter en cas de situation d'urgence (crise suicidaire, syndrome délirant aigu, etc.) ». Le risque suicidaire était une crainte récurrente lors des entretiens : il s'agit d'un sujet difficile à aborder et à rechercher, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un proche, avec la peur d'une culpabilité en cas de passage à l'acte. L'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et la survenue d'un virage maniaque ont également été cités comme les ayant mis en difficulté. En effet, la médecin 7 a rapporté le virage maniaque d'un proche lors d'un repas de famille, qui l'a tellement mise en difficulté qu'elle aurait somatisé pour éviter la gestion de cette situation. C'est une illustration de la difficulté et de la souffrance que les médecins peuvent ressentir quand ils subissent cette double position de proche et de médecin.

Cela confirme ce que l'on avait retrouvé dans la littérature sur la difficulté inhérente à la PEC de la souffrance psychique de proches. Dans son article, TULSKY (10) affirme que l'évaluation de l'état de santé mentale d'un proche est considérée comme plus difficile qu'une PEC somatique. Le travail de thèse de LEFRANC (25) met en évidence des limites que les médecins préfèrent ne pas franchir : « *les pathologies qui touchent à l'intimité, les pathologies psychiatriques et les pathologies dites lourdes (telles que le cancer, la démence, la fin de vie)* », que l'on retrouve également dans la thèse de GALLOT (12). Nos entretiens mettaient également en lumière cette difficulté dans la souffrance psychique des proches.

3. Une attitude tendant vers le refus, à modérer et à expliquer

Dans notre guide d'entretien, l'une des dernières questions portait sur les conseils éventuels à donner à un(e) jeune consœur/confrère qui serait confronté(e) à une demande de PEC de proche. La réponse des MG était unanime : éviter de s'engager dans ces PEC dont l'implication émotionnelle est trop forte, en les refusant. On pourrait donc penser, comme l'écrit BEGUIN (30), qu'il « *serait alors tentant de recommander le refus systématique face à une demande de soins venant d'un proche* ». Elle nuance évidemment ce propos : « *mais les choses ne sont pas si simples* ».

En effet, un refus catégorique pourrait ne pas être entendu par l'entourage, qui peut ne pas comprendre les difficultés rencontrées par le médecin, comme le décrit LEFRANC (25) et interpréter de manière erronée un refus, comme du dédain, ou un manque d'intérêt... Le fait de dire « non » peut donc être perçu comme le refus de vouloir aider.

Les raisons pour lesquelles les médecins déclarent ne pas soigner leurs proches sont identiques aux difficultés éprouvées par ceux qui ont fait le choix de les prendre en charge. C'est pourquoi il est important d'expliquer aux proches les raisons de ce refus, comme l'exprime EASTWOOD (31) : « *si pour une raison quelconque vous ne pouvez pas répondre à la demande ou avez des inquiétudes, dites-le clairement* ».

Ce refus était nuancé par les médecins interrogés. Ils étaient contre une implication active dans la prise en charge des proches, d'autant plus lorsque cela touchait à la souffrance psychique. Cependant ils acceptaient pour la plupart le rôle de conseiller.

Ils restaient disponibles, prêtaient une oreille attentive et étaient prêts à faire de l'écoute active jusqu'à une sorte de « thérapie de soutien officieuse » en cas de besoin. Ils se positionnaient, comme décrit plus haut, dans un rôle de Proche-Expert en préférant endosser dans ces situations intimes leur rôle de proche. MARIN (24), lors de ses entretiens, interroge un médecin qui prononce une phrase qui reflète bien cette idée : « *il est mieux d'être à côté mais jamais devant la maladie de ses proches* ».

Ils avaient pris l'habitude de mettre en place des barrières de protection lors des situations qui pouvaient trop les impliquer émotionnellement. Les médecins avaient recours à la réorientation vers le MT ou bien étaient prêts à faire jouer leurs relations et leurs réseaux, afin de trouver un « bon praticien » pouvant s'occuper de leur proche.

DAUTEL et JEANNE (32), retrouvent dans leurs travaux cette différence : « *conseiller n'est pas soigner, on peut donner un avis sans soigner* » et tirent comme conclusion : « *conseil oui, décision, non* ». Cela n'est finalement pas si aisé et dépend de beaucoup d'autres éléments. Ce qu'un médecin va juger être un simple conseil ou une prise de risque « minime » peut être vécu différemment par un autre confrère. Le niveau de risque peut également dépendre du type de conseil, certains sur des traitements notamment, peuvent être jugés à haut risque. Cette notion de risque est relative à chaque médecin et à chaque situation. Parfois les attentes du demandeur et du médecin ne sont pas les mêmes et ce dernier doit être capable de réexpliquer à chaque

sollicitation quelle posture il souhaite adopter et si nécessaire la réévaluer en cours de route. Il faut faire entendre au proche qu'une acceptation pour un motif ne vaut pas pour les suivants et qu'une situation jugée initialement anodine peut se compliquer et que le médecin peut à tout moment décider de se retirer de la PEC.

Les situations d'urgences sont à mettre à part. En effet, dans ce type de sollicitation, on retrouvait que le médecin ne se questionnait pas sur la place qu'il devait adopter, et reprenait évidemment sa posture de médecin. On peut toutefois s'interroger, comme BEGUIN (30) sur la différence « *entre urgence réelle et urgence ressentie qui est d'autant plus difficile à juger quand il s'agit d'un proche* ».

4. Se questionner et se former

Savoir dire non à une PEC nécessite de savoir ce que l'on accepte et ce que l'on refuse. Pour cela, le premier pas est le questionnement préalable à toute PEC et dans l'idéal bien en amont des demandes.

Cependant, en l'absence de toute formation durant les études médicales, le médecin se retrouve souvent seul face à ses questions, sans bases sur lesquelles s'appuyer. Pourtant, plusieurs aides à la réflexion ont été proposées dans la littérature.

La version la plus simple est proposée par MOSKOP (21) qui, à défaut d'être complète, est concise. Il propose que le médecin se demande le rôle qu'il souhaite jouer auprès de son proche si celui-ci est en fin de vie. Si la réponse est le rôle de proche et non celui de médecin, alors il ne devrait pas s'impliquer dans la prise en charge.

FROMME (33) propose un questionnement plus poussé autour de trois axes, adapté à l'évaluation des questions éthiques : « *Rules, goals and roles* » :

- Rules : se demander si la prise en charge enfreint des lois ou codes auxquels le médecin est soumis
- Goals : identifier les objectifs que l'on souhaite atteindre en faisant cette action
- Roles : chercher une façon de ne pas mettre en péril la relation avec le proche tout en maintenant une distance et savoir quel rôle on veut jouer.

Dans le travail de thèse de DAUTEL et JEANNE (32), des experts ont été interrogés sur les différentes propositions de la littérature pour déterminer celles qui peuvent aider les MG pour gérer les demandes de soins de leurs proches.

La méthode la plus citée et celle qui fait consensus est l'ensemble de questions proposées par LA PUMA (1). Elles permettent de balayer de manière large les différents éléments : formation adaptée, degré de proximité et capacité à interroger ou annoncer de mauvaises nouvelles, objectivité, incidence sur les possibles conflits familiaux, impact sur la compliance du proche aux soins, capacité à déléguer à un autre médecin, volonté d'être responsable de la PEC vis-à-vis des pairs (Annexe N°11).

Ces questions ont été complétées par DAGNICOURT (11) par deux autres questions (Annexe N°11), concernant d'une part les conditions pratiques et d'autre part le risque de critique et d'impact sur le bien-être personnel.

Dans un contexte de souffrance psychique, il nous semblait nécessaire de les compléter par deux autres questions :

- Suis-je prêt à demander à mon proche s'il a des idées suicidaires, à les entendre si c'est le cas et à gérer en cas de crise suicidaire ?
- Suis-je prêt à réaliser une HDT pour un proche sans lien familial ?

Pour cette dernière question, un lien familial rend illégal de se placer comme médecin dans la demande d'HDT. Sur le plan déontologique et éthique, la réalisation d'une HDT pour un proche sans lien familial pose question. La situation serait inextricable en cas de nécessité d'HDT avec un médecin traitant de la famille du patient.

DAUTEL et JEANNE (32) soulignent que les questions vues ci-dessus sont difficilement applicables au quotidien devant chaque sollicitation. Cependant, en avoir connaissance permet d'avoir une réflexion préalable aux demandes et donc de se faire sa propre opinion sur ce qui semble acceptable ou non, fondée sur des outils de la littérature. Cela permet également d'avoir des éléments sur lesquels s'appuyer devant une demande de soin à laquelle la réponse à apporter n'est pas simple.

Nous avons schématisé ci-dessous les déterminants de la posture du proche-expert. Un proche vient avec son histoire personnelle, ses représentations et ses problèmes de santé vers son proche-médecin pour une demande de PEC. Cette demande va passer à travers les filtres décisionnels de ce dernier : ses barrières, ses motivations, son rôle de proche et de médecin, mais va aussi être confronté aux « drapeaux rouges » qu'il s'est fixé. A la fin de ce processus, le Proche-Expert utilisera les éléments de chacune de ses deux facettes pour apporter une réponse à son proche.

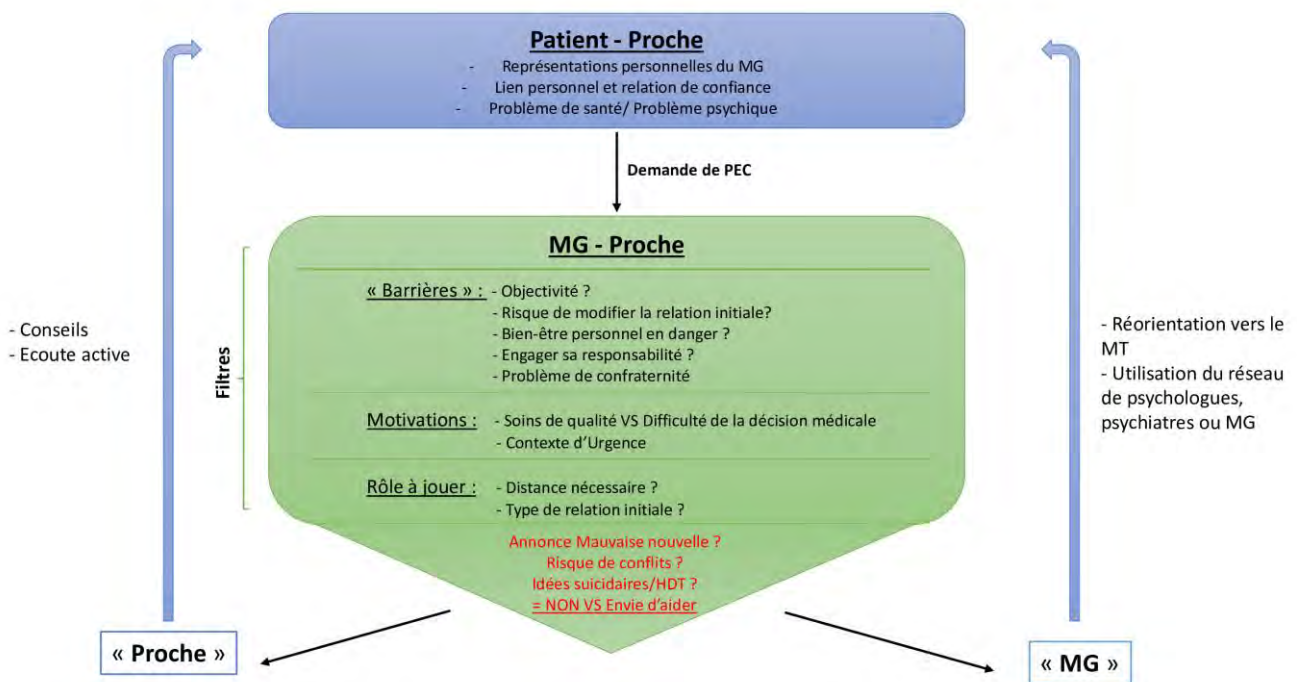


Figure 3 : Déterminants de la posture du Proche-Expert

Sur le plan de la formation, plusieurs pistes sont à explorer.

La participation à des groupes Balint a été évoquée par les médecins interrogés dans notre thèse. La thèse de DAUTEL et JEANNE (32) évoque également cette possibilité comme une aide autour de ces questions.

Cette thèse leur a également permis de réaliser une base pédagogique à destination des enseignants (Annexe N°12) souhaitant aborder la question de la PEC des proches auprès d'internes, qui reprend les différents éléments vus précédemment, à traiter lors d'une formation sur ce sujet. Les ateliers d'assertivité pourraient être l'occasion d'aborder ce thème.

Ce travail de thèse nous a permis de faire évoluer notre vision de la prise en charge de nos proches. Notre point de vue de jeune médecin était assez étroit sur la question, avec une tendance à refuser les demandes, les considérant comme inappropriées et nous mettant dans une position non souhaitée.

Nous informer et échanger autour de cette question nous a permis d'élargir notre vision, de comprendre l'origine des demandes et les différents processus à leur origine. Cela nous a permis de changer notre point de vue et de réaliser que nous pouvions également les voir comme une marque de confiance.

Suite à ce travail, nous avons l'impression d'être plus sereines dans les réponses apportées, autant dans les acceptations que dans les refus, en sachant les expliquer.

Cela montre bien l'importance de s'informer, de se questionner et de réfléchir autour de cette question afin de saisir les enjeux et de savoir définir la place que l'on souhaite prendre.

II. Forces et limites

Notre travail était original, nous n'avons pas retrouvé d'autres recherches s'intéressant spécifiquement à la posture adoptée par les MG devant des proches en souffrance psychique.

Le choix du sujet pour le travail de thèse étant libre, nous avons donc toutes les deux un intérêt pour cette question, notre avis de départ n'était pas neutre du fait de notre propre statut de médecin. Nos histoires personnelles étaient différentes : l'une a grandi dans une famille sans soignants tandis que l'autre a été baignée dans une famille avec plusieurs MG. Nous avons donc des approches différentes quant à la PEC des proches de MG par nos expériences personnelles. Cette question de savoir quelle place nous voulions avoir dans le soin de nos proches en souffrance psychique nous nous la sommes posée et nous avons dès le début de notre travail essayé de voir quels pouvaient être nos a priori et nos positionnements. Nous avons essayé d'en discuter pour en prendre conscience, afin de ne pas influencer les réponses des médecins interrogés.

Notre sujet de recherche a intéressé de nombreux confrères avec qui nous avons eu l'occasion de discuter et cela permettait de déclencher une réflexion sur la façon de faire de chacun. Cet intérêt nous a permis de recruter facilement des médecins.

Nous avons mis en évidence un biais de sélection, car le choix des médecins sollicités a été fait dans nos cercles de médecins connus. On peut également supposer que l'on a interrogé uniquement des médecins qui ont accepté de donner de leur temps et qui étaient donc potentiellement intéressés voire sensibilisés à la question.

Certains médecins ayant été informés lors de la sollicitation du sujet précis abordant la souffrance psychique ne se sont pas sentis concernés et n'ont donc pas été recrutés, peut-être à tort. Par la suite, nous avons présenté le sujet plus largement et le thème précis était uniquement évoqué le jour de l'entretien avec le formulaire d'information. Cela ne les a pas empêchés de trouver des situations à nous relater. Cet élément est en faveur de notre postulat selon lequel de nombreux MG sont confrontés à la souffrance psychique de proches, même si une étude quantitative serait nécessaire pour pouvoir l'affirmer. Les types de souffrance abordés étaient variés.

La méthode qualitative était la plus adaptée pour ce sujet non exploré jusque-là, afin de mieux comprendre les enjeux de ces situations. Cela nous a ainsi permis d'émettre des hypothèses et notamment un « portrait-robot » des différents types d'attitudes selon la problématique rencontrée.

La réalisation d'entretiens individuels a permis aux médecins d'aborder des sujets intimes. La durée moyenne des entretiens montrait que notre guide d'entretien permettait d'aborder différentes thématiques de manière suffisamment ouverte pour laisser un espace de parole libre au médecin.

Il s'agissait l'une comme l'autre de notre 1^{er} travail de recherche, nous n'étions donc pas à l'aise avec la technique de l'entretien notamment pour les premiers. Cela a pu être malgré tout corrigé par la réalisation « d'entretiens tests » qui ont eu comme double intérêt de nous entraîner mais également de tester notre guide d'entretien.

Ces entretiens étaient menés par l'une ou l'autre des chercheuses, avec des façons d'interroger qui pouvaient légèrement différer dans leur communication non verbale notamment. Le fait de s'appuyer sur un guide d'entretien détaillé incluant toutes nos questions, y compris les relances et les explications à apporter, cherchait à limiter ce biais. Il était parfois difficile en pratique de lire ce guide mot pour mot sans perturber la fluidité de la discussion. Sur les premiers entretiens nous avons eu du mal à rebondir sur des idées qui auraient pu être importantes ou intéressantes, chose que nous avons apprise à maîtriser au fur et à mesure de la réalisation des entretiens. Le fait que les entretiens se soient étalés dans le temps en raison de contraintes personnelles a pu entraîner une modification de notre réflexion personnelle au fur et à mesure de leur réalisation.

Nous sommes parvenues à obtenir la saturation des données, ce qui est préconisé pour réaliser une étude qualitative. Nous avons vérifié cette saturation par deux entretiens supplémentaires afin de confirmer que nous ne recueillions pas de nouvelles idées et que la question de recherche avait été explorée de manière globale et aboutie. Cependant, la diversité des histoires de vie et des types de souffrance psychique inclus dans notre définition fait que nous aurions pu recueillir d'autres types de pathologies (psychose...) et expériences en poursuivant les entretiens.

CONCLUSION

La PEC des proches, sujet universel pour les médecins, met en lumière la différence entre une relation d'empathie, habituelle avec les patients, et celle de sympathie partagée avec les proches. La première permet une mise à distance, pour garder l'objectivité nécessaire à l'exercice de la médecine. Au contraire, dans la seconde, cette barrière n'existe pas et la part d'implication émotionnelle augmente, a fortiori dans la sphère psychique, où le vécu du médecin mêlé à celui de son proche est un frein supplémentaire à la mise à distance.

La réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de 13 MG nous a permis de définir la posture adoptée par les MG face à la souffrance psychique de leur proche. Ils se plaçaient préférentiellement comme des proches tout en utilisant leurs connaissances médicales et leur réseau pour aider au mieux la personne en souffrance. Ils adoptaient donc la posture de « Proche-Expert », à la jonction de leurs deux postures. Cet équilibre fragile pouvait être déstabilisé par de nombreux facteurs, provenant de la relation initiale, de la confusion des deux rôles ou encore de difficultés d'ordre médical (manque de compétences...).

Cette posture était souvent pour eux la plus confortable, celle permettant de concilier l'envie d'aider leurs proches sans mettre en difficulté leur facette de médecin souhaitant exercer dans le respect des règles de l'art.

Ces PEC pouvaient être source de souffrance pour les médecins, notamment quand ils se sentaient obligés de réaliser des soins ou que leur position était inconfortable. Le questionnement préalable autour de ces problématiques pourrait être un premier pas, mais comment amener les jeunes médecins à se poser la question plus précocement dans leur parcours pour s'y préparer et ainsi moins en souffrir ? Il serait intéressant d'étudier la possibilité de l'aborder lors d'ateliers d'assertivité.

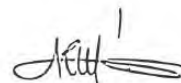
Doyen de la faculté

Toulouse, le 15/11/2021

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de médecine Rangueil
Elie SERGENT

Président de Jury

Lu et Approuvé
Toulouse le 09/11/2021
Professeur Marie-Eve Rougé Bugat



BIBLIOGRAPHIE

1. La Puma J, Stocking CB, LaVoie D, Darling CA. When Physicians Treat Members of Their Own Families. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199110313251806> [Internet]. 1991 [cité 23 mars 2020]; Disponible sur: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199110313251806?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dwww.ncbi.nlm.nih.gov
2. Cousin M. Attitudes des médecins généralistes et des pédiatres du Nord-Pas-de-Calais vis-à-vis des soins à leur propre famille [Thèse d'exercice]. [Lille]: Université du droit et de la santé; 2014.
3. Association canadienne de protection médicale. ACPM - Traiter les membres de la famille ou les amis : Connaissez-vous les règles de l'art? [Internet]. 2014 [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2014/know-the-rules-avoid-the-risks-treating-family-and-friends>
4. Mailhot M. Caring for our own families. *Le médecin de famille canadien*. mars 2002;48:2.
5. Douard F. La prise en charge de ses proches quand on est médecin généraliste. Enquête quantitative auprès des médecins généralistes français. [Internet]. Université de Strasbourg; 2019 [cité 25 mai 2020]. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/Douard_these_soigner_proches_R.pdf
6. Giroldi E, Freeth R, Hanssen M, Muris JWM, Kay M, Cals JWL. Family Physicians Managing Medical Requests From Family and Friends. *Ann Fam Med*. janv 2018;16(1):45-51.
7. Larousse É. Définitions : empathie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie/28880>
8. Larousse É. Définitions : sympathie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sympathie/76073>
9. Delmas V. Soigner ses proches : une erreur? Recherche des facteurs contributifs d'évènements indésirables lors de soins délivrés par un médecin généraliste à ses proches. [Internet]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2014 [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: <https://studylibfr.com/doc/2434901/soigner-ses-proches---une-erreur-?-recherche-des-facteurs>
10. Tulskey J. Should doctors treat their relatives? Ethics case study [Internet]. American College of physicians. [cité 21 sept 2020]. Disponible sur: <https://web.archive.org/web/20081210074041/http://www.acpinternist.org:80/archives/1999/01/relative.htm>
11. Dagnicourt P. Soigner ses proches, une attitude à raisonner?: réflexion sur les interférences entre la relation de soin et la relation préexistante par enquête qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2012.

12. Gallot S. Le médecin face à la demande de soins de sa famille et de ses proches [Internet]. Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2017 [cité 7 mai 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01903506/document>
13. Kandel O, Duhot D, Véry G, Lemasson J-F, Boissault P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale? *La Revue du Praticien - Médecine Générale*. 2004;18(656/657):781-4.
14. Norton J, Roquefeuil G de, David M, Boulenger J-P, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. /data/revues/00137006/v35i6/S0013700608002674/ [Internet]. 8 déc 2009 [cité 24 oct 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/236547>
15. Üstün TB, Sartorius N, World Health Organisation. *Mental Illness in General Health Care : an International Study*. 1995.
16. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *L'Encéphale*. 1 avr 2005;31(2):182-94.
17. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*. déc 2007;7(1):188.
18. Gallais J-L, Alby M-L. *Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale*. EMC - Psychiatrie. janv 2004;1(1):1-6.
19. Haxaire C, Genest P, Bail P. *Pratiques et savoir pratique des médecins généralistes face à la souffrance psychique* [Internet]. *Singuliers généralistes*. Presses de l'EHESP; 2010 [cité 19 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-page-133.htm>
20. Chen FM, Feudtner C, Rhodes LA, Green LA. Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook. *West J Med*. oct 2001;175(4):236-9.
21. Moskop JC. Doctor in, and for, the Family?: Physicians Reflect on Care for Loved Ones. *Narrat Inq Bioeth*. 2018;8(1):41-6.
22. Smith LB. Doctor in the Family: Stories and Dilemmas Surrounding Illness in Relatives. *Narrative Inquiry in Bioethics*. 2018;8(1):1-3.
23. Goubet J. Le médecin généraliste face à la santé de ses enfants: peut-on soigner ses enfants? :84.
24. Marin L. *Positionnement des internes en médecine générale face aux problèmes de santé de leurs proches*. Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2013.
25. Lefranc AC. *Le médecin généraliste face à la sante de ses propres parents, père et mère: son positionnement, ses difficultés, son ressenti*. Université d'Amiens Jules Verne; 2017.

26. Bonvalot V, Andreotti G. Médecin traitant de sa propre famille : différence de pratique dans la relation thérapeutique intrafamiliale. Enquête auprès de médecins généralistes du Var. Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2009.
27. Gallais J-L. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. L'information psychiatrique. 12 juin 2014;Volume 90(5):323-9.
28. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. L'Encéphale. 1 juin 2010;36:D73-82.
29. Fovet T, Amad A, Geoffroy PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. L'information psychiatrique. 12 juin 2014;Volume 90(5):319-22.
30. Beguin M. Synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin à une demande de soins venant d'un de ses proches. [Faculté de médecine de Grenoble]; Université Joseph Fourier; 2013.
31. Eastwood GL. When Relatives and Friends Ask Physicians for Medical Advice: Ethical, Legal, and Practical Considerations. J Gen Intern Med. déc 2009;24(12):1333-5.
32. Dautel M, Jeanne J. Quelles propositions de la littérature sont susceptibles d'aider le médecin à gérer la demande de soin de son proche? Enquête auprès d'un groupe d'expert. :110.
33. Fromme EK. Requests for Care from Family Members. AMA Journal of Ethics. 1 mai 2012;14(5):368-72.

ANNEXES

Annexe 1 : E-mail de présentation du travail de recherche pour le recrutement des MG version 1

Bonjour,

Nous sommes Magali Pasamon et Camille Ghazi, deux internes de médecine générale, travaillant aux alentours de Toulouse pour l'une et d'Angers pour l'autre.

Dans le cadre de notre thèse, nous recherchons à recueillir des retours d'expérience de médecins généralistes.

Nous nous intéressons sur l'impact de la relation avec vos proches montrant des signes de souffrance psychologique.

Notre travail porte sur la prise en charge de nos proches (amis, famille, connaissances...) en tant que médecin généraliste, quand ceux-ci sont en souffrance psychologique (entendu de manière large : des difficultés passagères, un burn-out, une dépression...).

Nous aimerions vous rencontrer pour discuter de votre approche de ce type de situation.

Que vous soyez remplaçant, installé depuis 2 ans ou 30 ans, retraité... Votre expérience nous intéressera !

Notre travail est bien entendu anonymisé. Nous nous rendons disponible pour vous rencontrer à l'endroit et l'heure qui vous arrangent, il faut compter environ 30 minutes.

Si vous souhaitez des informations supplémentaires ou si vous êtes motivés à nous rencontrer, contactez-nous :

Pays de la Loire : Camille GHAZI : Téléphone, Mail

Occitanie : Magali PASAMON : Téléphone, Mail

Si vous connaissez des confrères (installés ou remplaçants) pouvant être intéressés par ce sujet, n'hésitez pas à leur transférer ce mail.

En vous remerciant de votre attention,

Confraternellement,

Magali et Camille

**Annexe 2 : E-mail de présentation du travail de recherche pour le recrutement des MG
version 2**

Bonjour,

Nous sommes Magali Pasamon et Camille Ghazi, deux jeunes médecins, rattachées à la faculté de Toulouse, travaillant aux alentours de Toulouse pour l'une et d'Angers pour l'autre.

Dans le cadre de notre thèse, nous recherchons à recueillir des **retours d'expérience de Médecins Généralistes**.

Notre travail porte sur **la prise en charge de nos proches** (*amis, famille, connaissances...*) en tant que Médecin Généraliste.

Nous aimerions vous rencontrer pour discuter de votre approche de ce type de situation et recueillir vos anecdotes.

Que vous soyez remplaçant, installé depuis 2 ans ou 30 ans, retraité... Votre expérience nous intéressera !

Notre travail est bien entendu anonymisé. Nous nous rendrons disponibles pour vous rencontrer à l'endroit et l'heure qui vous arrangent, **l'entretien ne dépassera pas une heure**. Nous l'enregistrerons à l'aide d'un dictaphone, enregistrement que nous supprimerons après retranscription.

Si vous souhaitez des informations supplémentaires ou si vous êtes motivés à nous rencontrer, contactez-nous :

Pays de la Loire : Camille GHAZI : Téléphone, Mail

Occitanie : Magali PASAMON : Téléphone, Mail

En vous remerciant de votre attention,

Confraternellement,

Magali et Camille

Annexe 3 : Caractéristiques des médecins interrogés

	Age	Sexe	En couple	Conjoint médecin	Nombre d'enfants	Mode d'exercice	Milieu d'exercice	Formation en psychotérapie ou assimilé	MSU
Entretien 1	50	F	Oui	Oui	4	Autre	Urbain	Non	Non
Entretien 2	35	F	Oui	Non	2	Cabinet de groupe	Rural	Non	Oui
Entretien 3	36	F	Oui	Non	2	Cabinet de groupe	Rural	Non	Oui
Entretien 4	60	M	Oui	Oui	2	Exercice seul	Rural	Non	Non
Entretien 5	33	M	Oui	Oui	2	MSP, psychologue dans la structure	Rural	Non	Non
Entretien 6	46	M	Oui	Non	2	MSP, psychologue dans la structure	Urbain	Non	Oui
Entretien 7	57	F	Oui	Non	3	MSP, psychologue dans la structure	Semi-rural	Oui, hypnose	Non
Entretien 8	36	F	Oui	Non	2	MSP, psychologue dans la structure	Semi-rural	Non	Non
Entretien 9	34	M	Oui	Non	2	MSP, psychologue dans la structure	Semi-rural	Non	Non
Entretien 10	30	M	Non	-	0	Remplaçant	Rural	Non	Non
Entretien 11	70	M	Oui	Non	2	Retraité, cabinet seul	Semi-rural	Oui, hypnose, thérapie brève	Oui
Entretien 12	38	F	Oui	Non	2	Cabinet de groupe	Rural	Non	Oui
Entretien 13	62	M	Oui	Oui	2	Cabinet de groupe, psychologue dans la structure	Semi-rural	Oui, hypnose	Non

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

Annexe 4 : Guide d'entretien première version

GUIDE D'ENTRETIEN

Camille Ghazi et Magali Pasamon ; VERSION 1 (29/11/2019)

Nous allons commencer par des petites questions simples, pour vous situer :

- Tout d'abord votre âge
- Êtes-vous en couple ? des enfants ? Profession du conjoint ?
- Êtes-vous installé ? Si OUI depuis combien de temps ? Dans quel type de cabinet ? Nombre de médecins ? MSP ? Y a-t-il un/une psychologue dans la structure ? d'autres professionnel de santé ? êtes-vous MSU ? Dans quel type d'endroit exercez-vous (rural, semi rural, urbain) ?
- Si remplaçant : depuis combien de temps vous remplacez ? Où (rural, urbain ?) Avez-vous des projets d'installation ?
- Avez-vous une formation en psychothérapie ?

Maintenant nous allons passer à des questions un peu plus précises.

I. Perception de la relation médecin/proche

1. A votre avis, comment un médecin peut être amené à intervenir ou à s'abstenir dans les soins de son entourage ?
→ *Est-ce que ça peut être problématique ? Qu'en pensez-vous sur le plan éthique, déontologique, du secret médical ?*

II. Confrontation à la demande d'un proche

2. Pouvez-vous me raconter la dernière fois qu'un proche vous a sollicité pour des soins ?
(→ *Est-ce que quelqu'un vous a sollicité sur un problème aigu ? Ou un conseil sur une pathologie chronique ? Un certificat ? Une prescription ?*)
→ ***Pourquoi pensez-vous qu'il se soit adressé à vous en particulier ?***

III. Demande de soin d'ordre psychologique

3. Pouvez-vous me raconter une situation marquante où vous avez été sollicité pour une difficulté d'ordre psychologique ?
→ *D'ordre psychologique au sens large, que ce soit un mal être, un burn-out, une dépression, des addictions, des difficultés relationnelles ou de comportement, des troubles du sommeil, ou des pathologies plus psychiatriques...*
→ *Comment êtes-vous intervenu, ou au contraire pas intervenu ? Et pour quelles raisons ?*
→ ***Faire préciser qui est le proche et quelle symptomatologie***

IV. Souffrance psychologique sans sollicitation

4. Pouvez-vous me raconter cette fois-ci une situation où vous avez remarqué une souffrance psychologique chez un proche, sans que celui-ci vous sollicite ?
→ *Si non vécu : passer à la suite*

- Faire préciser **qui est le proche** et **quelle symptomatologie repérée**
- Comment êtes-vous intervenu, ou au contraire pas intervenu ? Et pour quelles raisons ?
- Si adressé à quelqu'un : par quel biais (courrier formalisé, appel pour prise de RDV, coordonnées, conseil oral...) ?

V. Gestion de la demande

5. En quoi le fait que ce soient des proches a pu modifier votre façon de gérer ces situations ?
 - Qu'est-ce que ça a changé pour vous que ce soit un proche ?
 - En quoi est ce que le fait d'être un proche a pu être facilitant ou au contraire déstabilisant ?
 - Avez-vous ressenti des **freins à une telle prise en charge** ?
 - **Ou quelles ont été vos motivations** ?
6. En quoi le fait d'avoir pris ce proche en charge ou d'avoir refusé, a modifié votre relation amicale/fraternelle/... ?
 - Quelles **stratégies** avez-vous mis en place ou imaginées pour protéger votre relation ?
 - Avez-vous eu un retour du proche / d'un professionnel à qui vous l'aviez adressé à la suite de la prise en charge (si refus par le médecin)
 - Si vous étiez à nouveau sollicité, en quoi vous modifieriez votre attitude ?
 - Qu'est-ce que vous pourriez donner comme conseil à un jeune médecin qui serait confronté à ce type de situation ?

VI. Compléments

7. Est-ce que vous avez des choses à ajouter ?

Merci de votre participation et de votre temps

Camille Ghazi et Magali Pasamon

Annexe 5 : Guide d'entretien – version finale

GUIDE D'ENTRETIEN

Camille Ghazi et Magali Pasamon ; VERSION 2 (17/05/2021)

Nous allons commencer par des petites questions simples, pour vous situer :

- Tout d'abord votre âge
- Êtes-vous en couple ? des enfants ? Profession du conjoint ?
- Êtes-vous installé ? Si OUI depuis combien de temps ? Dans quel type de cabinet ? Nombre de médecins ? MSP ? Y a-t-il un/une psychologue dans la structure ? d'autres professionnels de santé ? êtes-vous MSU ? Dans quel type d'endroit exercez-vous (rural, semi rural, urbain) ?
- Si remplaçant : depuis combien de temps vous remplacez ? Où (rural, urbain ?) Avez-vous des projets d'installation ?
- Avez-vous une formation en psychothérapie ?

Maintenant nous allons passer à des questions un peu plus précises.

I. Perception de la relation médecin/proche

1. **A votre avis, pourquoi un médecin peut être amené à intervenir dans les soins de son entourage ?**
→ *Est-ce que ça peut être problématique ? Qu'en pensez-vous sur le plan éthique, déontologique, du secret médical ?*
2. **Et au contraire, pourquoi un médecin peut décider de s'abstenir d'intervenir ?**

II. Confrontation à la demande d'un proche

3. **Pouvez-vous me raconter la dernière fois qu'un proche vous a sollicité pour des soins ?**
(→ *Est-ce que quelqu'un vous a sollicité sur un problème aigu ? Ou un conseil sur une pathologie chronique ? Un certificat ? Une prescription ?*)
→ *Pourquoi pensez-vous qu'il se soit adressé à vous en particulier ?*

III. Demande de soin d'ordre psychologique

4. **Pouvez-vous me raconter une situation marquante où vous avez été sollicité pour une difficulté d'ordre psychologique ?**
→ *D'ordre psychologique au sens large, que ce soit un mal être, un burn-out, une dépression, des addictions, des difficultés relationnelles ou de comportement, des troubles du sommeil, ou des pathologies plus psychiatriques...*
→ *Comment êtes-vous intervenu, ou au contraire pas intervenu ? Et pour quelles raisons ?*
→ *Faire préciser **qui est le proche** et **quelle symptomatologie***

IV. Souffrance psychologique sans sollicitation

5. Pouvez-vous me raconter cette fois-ci une situation où vous avez remarqué une souffrance psychologique chez un proche, sans que celui-ci vous sollicite ?
 - *Si non vécu : passer à la suite*
 - *Faire préciser **qui est le proche et quelle symptomatologie repérée***
 - *Comment êtes-vous intervenu, ou au contraire pas intervenu ? Et pour quelles raisons ?*
 - *Si adressé à quelqu'un : par quel biais (courrier formalisé, appel pour prise de RDV, coordonnées, conseil oral...) ?*

V. Gestion de la demande

6. En quoi le fait que ce soient des proches a pu modifier votre façon de gérer ces situations ?
 - *Qu'est-ce que ça a changé pour vous que ce soit un proche ?*
 - *En quoi est ce que le fait d'être un proche a pu être facilitant ou au contraire déstabilisant ?*
 - *Avez-vous ressenti des **freins à une telle prise en charge** ?*
 - ***Ou quelles ont été vos motivations** ?*
7. En quoi le fait d'avoir pris ce proche en charge ou d'avoir refusé, a modifié votre relation amicale/fraternelle/... ?
 - *Quelles **stratégies** avez-vous mis en place ou imaginées pour protéger votre relation ?*
 - *Avez-vous eu un retour du proche / d'un professionnel à qui vous l'aviez adressé à la suite de la prise en charge (si refus par le médecin)*
 - *Si vous étiez à nouveau sollicité, en quoi vous modifieriez votre attitude ?*
 - *Qu'est-ce que vous pourriez donner comme conseil à un jeune médecin qui serait confronté à ce type de situation ?*

VI. Compléments

8. Est-ce que vous avez des choses à ajouter ?

Merci de votre participation et de votre temps

Camille Ghazi et Magali Pasamon

Annexe 6 : Formulaire d'information et de consentement



Formulaire d'Information et de Consentement

Projet de Recherche et informations :

Bonjour,

Et tout d'abord merci d'avoir répondu à notre sollicitation et de nous accorder de votre temps. Nous sommes deux jeunes médecins en fin de cursus qui réalisons notre thèse de médecine générale. Notre travail de recherche est encadré par le Pr DELAHAYE Motoko, du DUMG (Département Universitaire de Médecine Générale) de la Faculté de Toulouse. Ce document vous renseigne sur les modalités de l'étude : n'hésitez pas à nous solliciter si vous avez des questions à la fin de sa lecture.

Notre travail de recherche est une thèse qualitative qui porte sur le vécu du médecin généraliste face à ses proches en souffrance psychologique. Le terme "proches" est à prendre au sens large et selon ce que vous considérez comme proche ; la souffrance psychologique est également à prendre dans sa globalité.

Pour obtenir le plus d'expérience et de vécu différents, nous allons réaliser des entretiens individuels qui seront effectués en présence de l'une d'entre nous (chercheuse) et de vous, médecin généraliste. Votre participation implique votre accord quant à l'utilisation des informations récoltées pour notre travail de recherche scientifique. Les discussions recueillies lors de l'entretien seront enregistrées sous forme de fichier audio et anonymisées (par attribution aléatoire d'une lettre) lors de la retranscription des données. Nous détruirons par la suite les enregistrements dès leur retranscription.

Votre participation à ce projet est totalement volontaire, non rémunérée, et vous êtes libres d'y mettre fin à tout moment et sans justification. Dans ce cas, nous n'utiliserons pas vos réponses.

Camille GHAZI

Magali PASAMON

Contacts :

Téléphone, Mail

Téléphone, Mail

Formulaire de consentement

Je soussigné(e) atteste avoir lu et compris le présent formulaire, reconnais que les responsables de l'étude ont répondu de manière satisfaisante à mes questions et consens librement à participer à ce projet de recherche.

Fait à :

le :

Signature du participant :

Souhaitez-vous recevoir, une fois terminé un PDF de notre travail de recherche ?

Non Oui adresse mail :

Annexe 7 : Extrait d'entretien retranscrit intégralement

(Entretien E9 : réalisé au domicile du médecin ; tutoiement proposé par le MG interrogé)

A ton avis pourquoi un médecin peut être amené à intervenir dans les soins de son entourage ?

(Rires) Pour quelle raison ?

Ouais, qu'est-ce qui peut l'amener à intervenir ?

Je vais dire tout, à la fois une urgence qui se passe à un moment donné, à la fois un conseil sur une prise en charge, je vais dire de façon aiguë ou de façon chronique euh, j'ai envie de dire un peu tout, voilà je sais pas si ça répond...

[...]

Ouais, ok, ça marche. Et euh... pourquoi est-ce que tu penses qu'ils s'adressent à toi, tes proches qui te demandent le... ton beau-frère... ?

Pourquoi, par une facilité euh voilà, y'a pas besoin de prendre rdv, y'a pas besoin de se déplacer, le MMS facile pour demander un avis, un conseil, donc je dirai rapidité, facilité, euh... ouais je pense qu'ils ont confiance en moi parce que bon je suis le seul médecin de la famille, ou de la, du groupe d'amis donc euh c'est pratique. Je crois qu'ils savent qu'ils ont pas forcément (rires) toujours la réponse si j'estime qu'il faut qu'ils consultent, mais globalement pour des choses simples, au moins un conseil quoi, dans le, dans la prise en charge quoi.

Ça marche, ok... et ouais t'es le seul médecin de ton groupe d'amis et famille ?

Dans le groupe d'amis, on va dire collègue lycée, et puis ici, je crois que comme tout médecin (rires), on est un groupe de 10 ou 12, là on doit être 5 ou 6 médecins ouais.

Ça marche, euh... est ce que tu peux me raconter maintenant une situation marquante où t'as été sollicité plus pour une difficulté d'ordre psychologique ?

Dans la, dans l'entourage ? D'ordre psychologique ouais j'ai ma tante qui... qui fait un syndrome dépressif depuis pfff, p'tête bien 20 ans, et je pense, là elle tourne bipolaire en ce moment, et euh... elle habitait dans le Sud, et en fait, elle projetait en repartant du Sud, bref sur un déménagement d'arriver chez ma grand-mère qui habite dans le Centre et de faire une sorte de colocation avec ma grand-mère, sauf qu'elle est... elle est clairement dépressive dans un contexte de clinophilie, elle passe ses journées allongée, à dormir la journée, pas dormir la nuit, 'fin catastrophique quoi. Très dans la plainte, très mélancolique, et euh... et là je dois avouer que ma mère était, donc y'a ma mère qui habite dans le centre aussi, qui était assez démunie et la situation pouvait lui faire peur de se dire ben ma grand-mère va se retrouver avec ma tante à domicile, et ça risque d'être compliqué, sauf qu'elle savait pas trop à quelle porte taper euh, ma tante était pas forcément dans une démarche de de, de soin, de prise en charge d'elle-même, donc y'a un moment euh... moi je venais d'arriver dans le coin et j'ai senti que, bah voilà y'avait peut-être besoin d'un coup de main, donc je crois que j'avais appelé euh... un psychiatre euh, vraiment en expliquant la situation comme je viens de le faire, en disant que voilà, que j'étais interne en

médecine générale, que... je savais pas trop, 'fin que je, que j'aurai aimé une consultation déjà pour une prise en charge voire euh... si une hospit de courte durée pouvait être utile car elle était vraiment euh, vraiment vraiment mélancolique euh, clinophile. Et euh... et voilà. Donc il y avait eu une consult je crois et une hospit de courte durée mais euh... bon de toute façon ça a malheureusement vu que comme toute en charge, prise en charge psychiatrique, si la personne n'est pas très demandeuse, ça a été une sorte d'aide transitoire et puis bon euh... Un peu plus compliqué après, mais euh, voilà.

Ok ouais donc toi t'avais initié la prise en charge et aidé en contactant un professionnel 'fin ouais, pour essayer d'initier quelque chose.

Ouais.

Et après t'as jamais fait de prescription toi ?

Non.

[...]

Annexe 8 : Extrait du Tableau d'analyse "brut"

Catégorie	Sous catégorie	Code	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 5
Avantages de la prise en charge	Effet positif pour le proche	Satisfaction du proche				
		Retour positif de son amie quant à la prise en charge et l'aide apportée, de la possibilité de parler	"elle était plutôt contente de parler donc je pense que c'est... Elle dit qu'elle en a parlé à personne de son entourage, que à moi finalement, parce que j'avais une place un petit peu particulière, mais que finalement le fait de m'en parler était... ça lui faisait plutôt du bien...". "On a parlé de ça pas de fois, mais pas de fois de fois".			
		Resseint positif du double rôle	"l'accompagnement avec le double rôle de proche et de médecin".			
		Effet positif sur la relation préexistante	"l'accompagnement avec le double rôle de proche et de médecin".			
		Renforcement du lien d'amitié par la situation partagée, notamment grâce au secret médical qui l'entoure	"du contraire j'ai l'impression que ça a plutôt renforcé notre relation pour le coup, en tout cas j'ai une place un peu particulière par rapport à moi-même, autre que celle d'amie".		"on est peut-être plus proche". "Donc je pense que oui, ça renforce le lien quand même.". "Ça a pas du tout mis de distance ? Non, non, vraiment, au contraire". "elle m'a quand même confié plus de choses du fait de l'étiquette de médecin et du secret aussi, de se dire "bon bah je peux lui dire des informations elle va pas éblouir ça, ça va parler ?".	
		Renforcement de la confiance avec son amie suite à la prise en charge	"Alors ça me met dans une position un peu particulière, mais plutôt de confiance".			
		Moins de jugement	"l'impression de l'accompagnement, aussi comme amie en fait, comme amie et un peu comme médecin qu'avait vers sa fille".			
		Moins de jugement car connaissance de la situation familiale par sa position d'amie	"l'impression de l'accompagnement, aussi comme amie en fait, comme amie et un peu comme médecin qu'avait vers sa fille".			
		Moins de jugement et d'a priori en prenant en charge un proche	"l'impression de l'accompagnement, aussi comme amie en fait, comme amie et un peu comme médecin qu'avait vers sa fille".			
		Meilleure analyse de la situation	"l'impression de l'accompagnement, aussi comme amie en fait, comme amie et un peu comme médecin qu'avait vers sa fille".			
		Compréhension plus rapide de la situation par la position d'amie	"l'impression de l'accompagnement, aussi comme amie en fait, comme amie et un peu comme médecin qu'avait vers sa fille".			
		Meilleure compréhension de son proche OH et de sa maladie en connaissant son histoire de vie	"l'impression de l'accompagnement, aussi comme amie en fait, comme amie et un peu comme médecin qu'avait vers sa fille".			
		Liberté de parole	"l'impression de l'accompagnement, aussi comme amie en fait, comme amie et un peu comme médecin qu'avait vers sa fille".			
		Plus d'empathie	"l'impression de l'accompagnement, aussi comme amie en fait, comme amie et un peu comme médecin qu'avait vers sa fille".			
		Meilleure empathie et compréhension de la situation en tant qu'amie	"l'impression de l'accompagnement, aussi comme amie en fait, comme amie et un peu comme médecin qu'avait vers sa fille".			
		Meilleure empathie avec les patients lorsqu'un proche a été touché par la même maladie	"l'impression de l'accompagnement, aussi comme amie en fait, comme amie et un peu comme médecin qu'avait vers sa fille".			
		Conseils ayant plus d'impact	"l'impression de l'accompagnement, aussi comme amie en fait, comme amie et un peu comme médecin qu'avait vers sa fille".			
		Plus d'impact du conseil de consulter un psychologue qu'une simple amie grâce à l'étiquette de médecin	"l'impression de l'accompagnement, aussi comme amie en fait, comme amie et un peu comme médecin qu'avait vers sa fille".			
Reassurance et conseils comme à un patient ayant plus d'impact qu'une amie lambda	"l'impression de l'accompagnement, aussi comme amie en fait, comme amie et un peu comme médecin qu'avait vers sa fille".					
Plus d'impact de donner un nom de psychologue en tant que médecin	"l'impression de l'accompagnement, aussi comme amie en fait, comme amie et un peu comme médecin qu'avait vers sa fille".					
Plus de poids pour aider son amie en tant que médecin	"l'impression de l'accompagnement, aussi comme amie en fait, comme amie et un peu comme médecin qu'avait vers sa fille".					
Reassurance grâce à la connaissance/expérience de ce type de pathologie	"l'impression de l'accompagnement, aussi comme amie en fait, comme amie et un peu comme médecin qu'avait vers sa fille".					
Reassurance grâce à l'avis du proche	"l'impression de l'accompagnement, aussi comme amie en fait, comme amie et un peu comme médecin qu'avait vers sa fille".					
Obtention de rdv plus rapide pour examen et avis spécialisé	"l'impression de l'accompagnement, aussi comme amie en fait, comme amie et un peu comme médecin qu'avait vers sa fille".					
Aide par la meilleure compréhension du proche et de son histoire	"l'impression de l'accompagnement, aussi comme amie en fait, comme amie et un peu comme médecin qu'avait vers sa fille".					
Avantage de connaître le patient personnellement dans la prise en charge de l'alcoolisme	"l'impression de l'accompagnement, aussi comme amie en fait, comme amie et un peu comme médecin qu'avait vers sa fille".					

Annexe 9 : Extrait du Tableau d'analyse final

Thème	Catégorie	Sous catégorie	Verbatim
De la demande à la prise en charge	Comment le patient formule-t-il sa demande de soins ?	Sollicitations directes	"bon déjà il est forcément sollicité par ses proches" E12. "mes médecins sont dans la vie en vraie, avec leurs familles, avec leurs amis, donc ça ils sont sollicités comme toutes personnes on va dire" E7. "Euh, qui est pas la première demande, souvent la première demande c'est une question vis-à-vis du traitement." E5
		Par l'intermédiaire d'un tiers	"c'était ma famille globalement qui me demandait de, ce que je pensais de la prise en charge" E10. "c'est pas lui qui m'a sollicité directement, c'est mon frère qui m'a sollicité pour lui." E13
		Absence de sollicitation	"elle elle était pas vraiment à me demander moi même mais moi j'ai senti qu'il fallait qu'elle se fasse aider" E9
		Réunions de famille	"ça peut être dans la vie personnelle, aux repas de famille" E3
		Demande par applications de communication ou par téléphone	"et puis les prises d'avis ponctuels qui sont alors évidemment si c'est la famille très proche par mails, par sms, par Whatsapp etc, donc là on est dans un contexte beaucoup plus informel quoi." "était facile de m'avoir parce que bah ils ont mon nom... mon numéro de portable etc et qu'ils se gênent pas pour m'envoyer un SMS pour d'autres raisons que ce soit" E4. "mais là c'était juste un conseil téléphonique." E3
		Influence de l'existence d'autres soignants dans l'entourage	"toutes régulièrement, on fait moi je suis le seul médecin de ma famille donc euh... je suis le seul même de tout le milieu médical donc euh... ou moi je suis régulièrement sollicité ouais" "Ah bah oui parce que y'a que moi qu'il connaît du milieu médical" E5 "on est médecin même en dehors du cabinet hein donc du coup, même si ça nous fait chier des fois" E5. "Alors en tout cas c'est la vie en vraie, donc les médecins sont dans la vie en vraie, avec leurs familles, avec leurs amis, donc oui ils sont sollicités comme toutes personnes on va dire" E7
		De par notre statut de médecin = expert, personne ressource / comparaison avec d'autres professionnels	"voilà je pense que c'est normal entre guillemets" E5 "Fin c'est comme je sais pas, moi l'autre jour j'ai, j'ai mon cousin il est venu à la maison, il est paysagiste bah j'ai pu poser des questions sur les plantes quoi tu vois (rires) et il allait pas me dire "bah fud jé, c'est dimanche" euh, tu vois" E5. "Et je sais pas typiquement si on a un animal et que notre frère est vétérinaire bah on va lui dire « ah ouf t'es ce que t'en penses ? », machin tout ça et là c'est pas vu comme de l'ingénieur, c'est juste un service qu'on se rend alors en tant que médecin est-ce qu'on peut rendre service à nos... à nos... proches je pense que oui." E10. "Ou voilà comme quelqu'un qui serait informaticien et qui on appelle, ok toi tu as des compétences en informatique" E7
		Dès le début des études / dès installation	"Ma fille me rapportait que quand elle est dans des réunions etc, et que les gens savaient qu'elle est médecin, ça attirait des questions particulières personnelles, enfin on demande l'avis de." E7. "Ou enfin, je me suis occupé, quand je me suis installé, bien là elle sollicitait comme ça quand elle était médecin, par mes parents, par mes grands-parents, hein voilà donc, par mes enfants aussi." E13. "Après par contre quand j'étais étudiante en médecine, elle me disait un peu euh... quel traitement elle avait, ce que lui disait le psychiatre" E2
		Par facilité / médecin facilitant / repérés comme interlocuteur	"par une facilité "y'a pas besoin de se déplacer" "rapidité", "euh c'est pratique" "y'a pas besoin de prendre rdv" E9. "Il y avait ce côté-là aussi de la vis-à-vis de la famille de faciliter le contact avec le monde médical ou de se sentir un peu privilégié pour avoir des avis, des rendez-vous" E13 Et puis elle me connaît, elle sait que je lui dirai pas forcément non." "Mais voilà, elle sait que globalement je suis pas trop à dire non" E6 "les gens ils nous respectent, moi mari et moi, finalement on est tous les deux, comme pouvant les aider pour pleins de souci médicaux" E7. "Je pense qu'elle s'adresse à moi parce qu'elle savait que j'étais médecin." E3
		Relation de confiance préexistante	"parce qu'ils nous font confiance aussi et je pense que c'est rassurant pour les, pour les proches de demander à quelqu'un que l'on connaît quoi." E12. "oui je pense qu'il y a une forme de confiance, parce que si on connaît la personne, qu'on l'apprécie, qu'on l'aime, qu'on l'estime, on est beaucoup plus enclin à demander avis" E3
Pour tester la relation	"Et donc là comme c'est particulier, je pense, que ce qu'elle teste aussi c'est la loyauté côté que coûte, comme ça fait partie de son problème, elle a une blessure sur une loyauté" E7		
Difficulté d'accès aux soins / difficultés de communication avec le médecin référent	"quand il y a eu des difficultés pour accéder à la santé finalement, pour accéder aux soins" E13. "Parce qu'elle n'aurait pas à trouver de médecin traitant là où elle était." E10. "ou ils étaient en difficulté, ils avaient pas de chirurgien que la prise en charge ne leur convenait pas, que ça allait mieux" E3		
Quels sont les motifs des demandes ?	Simple question, second avis, avis sur un ttt, analyse bio = question simple	"l'entourage qui pose une question sur quelque chose d'assez précis pas forcément très personnel et auquel cas je pense qu'on peut répondre simplement" E2. "c'était mes, ma famille globalement qui me demandait de, ce que je pensais de la prise en charge, s'il fallait que je change des médicaments" E10. "un conseil sur une prise en charge" E9. "la prise en charge n'allait pas" E1. "ma course (rires) qui a 18ans, qui m'a envoyé une photo de ses avant-bras qui avait de l'eczéma" E2	
	Ordonnance et certificat	"les gens qui disent "t'arrête j'ai ça, est-ce que tu peux pas me faire une ordonnance pour ceci ou cela" E3. "sont-ils vus, voulez en récupérer" "moi je fais des ordonnances vus, voulez quand ils sont en panne" E11. "ma belle-sœur elle m'a demandé un certificat pour une surveillance, fin pour bosser l'échéance dans un centre qui s'occupe de, d'adultes handicapés, un job d'été." E6	
	Réorientation	"c'est pour avoir des noms aussi, de personnes qui pourraient les aider" E13. "pour soit qu'on les oriente vers quelqu'un d'autre, pour qu'on les aide à aller voir quelqu'un d'autre finalement" E1	
	Prise en charge / demande d'être MT	"et elle dit « ouais tu pourrais mettre un coup de stéthoscope sur les poumons de maman, machin »." E9. "ce qui est assez marrant c'est que ma grand-mère, elle avait toujours dit « allez, si le petit fils pouvait être médecin ça serait extraordinaire »" "elle était dans son lit et elle disait, alors non voilà j'ai vu bien sûr comment de dire que j'allais, qu'elle aimait bien que je sois son médecin généraliste" E9	
	Motifs de la sphère psy : syndrome anxi-dépressif, burn out, exagénésie, deuil pathologique, violences sexuelles, TCA, aide à la parentalité/développement de l'enfant, pathologies psychosomatiques	"Ma meilleure amie qui a fait une dépression, que j'ai beaucoup soutenue." E8. "c'était, alors, c'était pour ma mère, qu'elle était déprimée" E10. "c'est ma fille qui est en ce moment un petit peu déprimée" "parce qu'elle avait vraiment du mal à son travail" E11. "J'ai eu cousin qui est alcoolique." E5. "quand il y a des décès dans la famille je suis très sollicité." E5. "là elle m'a sollicité, elle m'a demandé quand même de l'aide parce qu'elle était en difficulté avec sa fille qui avait subi une agression sexuelle" E3. "un couple d'amis dont la fille euh... qui a 20 ans, euh... aura une problématique autour des troubles du comportement alimentaire, une anorexie mentale." E6. "je remarque dans mon entourage des difficultés de développement d'un enfant par exemple" E3	
	Pour faciliter le proche, en cas de problématique simple, présence d'un médecin référent, contexte d'urgence	"elle est étudiante, donc elle n'a pas trop le temps de consulter" E2. "il a pas repris de médecin traitant en fait quand il est arrivé dans le coin" E3. "Mais je peux faire, mais pour des voisins par exemple quand on va en Bretagne etc ou l'accès au médecin n'est pas très facile sur l'île ça peut m'arriver de faire des ordonnances, ou." E7. "sur ça je dis oui, parce que ben... elle va pas rester sans traitement" E7. "je quand c'est pas possible parce que le problème de l'accès au médecin il est très compliqué et elle peut même avoir droit d'avis là où quand c'est comme ça je lui donne un conseil euh... soit dans son cas... soit dans son cas... faire une prise supplémentaire d'anticoagulants, soit alors de ne pas modifier son anti-dépresseur enfin bon, voilà." E11. "finalement tant qu'on est dans le, on va dire dans le conseil, dans le bien, dans le... dans la bobologie... bon ça je pense que... je pense que c'est évident mais bon il y a pas de raison que ça se passe vraiment mal" E4. "dans les avis ponctuels généralement ça se fait assez facilement" E4	
	Quelles sont ses motivations ?	"Quoi voilà quand c'est aigu, j'accepte plus facilement" E2. "on va dire il a pas un gros besoin non plus, parce qu'il a pas de maladie chronique, y'a pas de traitement à renouveler, de choses comme ça... c'est juste sur de petites maladies, épisodiques des débuts comme ça." "Et là faut qu'il soit encore jeune et qu'il y a pas de maladie chronique à suivre" E3. "tu peux accepter au début pour quelque chose que tu juges de bien, rapide et qui t'implique pas forcément beaucoup dans la prise en charge de la personne" E6. "ouh... en général c'est plutôt du dépannage, qui nécessite pas forcément un examen clinique" E10. "on va dire que je vais dire que des situations où on ne prend aucun risque" E10. "et puis bah c'est une prescription d'un médicament somme toute avec très peu d'effets secondaires et qui elle prend depuis longtemps, donc euh ça me pose pas de souci." E10. "pour de l'organique ça se passera très bien." E12. "sauf pour les vaccins, éventuellement, ça me dirait s'il y avait rendez-vous chez le médecin ou le pédiatre." E11. "j'ai pas le vaccin, est-ce que tu peux me le faire ?". oui. E3. "interdit moi une prise de sang, c'est quand même un conseil médical, oui." E11. "interdit." E3	
	Et quand le médecin accepte, pourquoi le fait-il ?	"Mes sœurs elles voient régulièrement un gynécologue, au moins une fois par an ou leur fait prescription et en général moi je leur fais l'autre prescription pour 6 mois et je sais quelles sont suivies et que ça pose pas de souci quoi." E10. "Alors il y a eu il y a eu des petits trucs, il y a eu des pépins, ça m'est arrivé d'être en contact avec le médecin généraliste juste vraiment très ponctuellement pour un truc ou deux mais c'est tout quoi." E4. "enfin à part cette amie là où je, et qui m'a demandé et qui était dans une situation de détresse, qui ne voulait voir personne d'autre parce que, par ce que, j'étais la bouée à ce moment-là et que la connaissance, si je disais non, je préjuge peut-être mais je pense vraiment qu'elle se sentait, qu'elle se serait cassée la figure voire suicidée quoi." E7. "ou parce que il y a une situation d'urgence ou on est là et du coup on prend le relais à un moment donné" E8	
	Comment se positionne-t-il ? Quel est son rôle ?	"Mais parce que j'ai envie que... que quelle soit bien prise en charge ma mère, E6. "pour être sûr de ce que ça va être fait, que ce soit bien fait etc..." E8. "je me dis que ça serait quand même dommage qu'elle ait une perte de chance" E4. "par exemple diagnostiquer un cancer de la prostate, ça me manne parce que le médecin traitant avait pas vu qu'il y avait une petite plaie faciale qu'on a vu nous en arrivant, donc on a pris en charge" E1. "Je sais que qu'elle est les médecins ils sont pas tops, donc, mais ah ça aussi c'est compliqué quoi, ils t'amenent des trucs en disant « il faut prescrire ça ? » bon maintenant je suis cash je dis « non ça tu vois, ça tu vois pas, ça tu vois pas » E6. "pas vraiment de confiance envers les confrères" E11. "le médecin de la famille elle dit qu'il est peut-être pas forcément au courant et il a pas envie que son médecin le soit et sauf que moi je le suis" E5. "ou c'est là où la plaie était au bout il y avait plein de chose qui parce que il avait 70ans et qu'il n'était plus au courant des actualités." E8. "Parce que je sais que c'est compliqué le son avec lui, y'a une sorte de précarité et d'isolement et de fuite de la santé" E6. "Accepte le suivi en tant que MT car voit une évolution positive." "D'autant que elle, elle quand même accepte de faire un suivi, et que là je la vois en évolution voilà." E7. "je préfère quand même le faire plutôt que je meurt quoi." E5	
		"parce que j'ai envie de les aider en fait" E5. "Non je pense que c'est le, dans notre formation on est un peu formé comme ça, et si on devient un soignant, c'est que quelque part on a besoin de se sentir aidant" E13. "Bah par exemple ma mère j'ai quand même été tenté de... de m'investir dedans, mais... (silence) mais c'est le côté human et empathique qui vient ça, et le côté familial." E10. "Si j'étais son bob c'est gentil mais... ça marche pas ce serait quand même difficile euh...". E5. "Ouais, donc rien que ça en fait. Je sais qu'il n'a jamais jamais jamais, il appelle ni jamais son médecin, il va jamais le consulter quoi. (...) Alors que moi oui, il va me répondre, à mes appels euh..." E5. "alors après elles savent très bien que, fin voilà moi on s'entend très bien dans la famille y'a, j'aurai jamais de reproches parce qu'elles savent que de toute façon c'est, il est déjà..." E5	
	"parce que dans une famille quand il y a un médecin c'est toujours à lui de gérer etc. je pense que j'ai..." E7. "Mes parents ils m'ont bécotés, ils m'ont piégé je le sens comme ça parce que ils avaient le médecin qui est très bien, qui est pas loin... Mais à chaque fois qu'il y a un gros truc, ils débloquent (...) Donc je dis non etc mais à un moment je me retrouve en situation quel où j'ai pas trop le choix. Ça me mets un peu obligé." E4. "une fois qu'ils m'ont parlé je peux pas faire comme s'ils m'avaient rien dit donc je, une fois qu'ils m'en ont parlé j'essaie de... de faire un peu de psychothérapie." E5. "ça a été une forme de souffrance, c'est vrai qu'à l'époque je m'en avais pas forcément, et que j'acceptais de la santé je trouvais ça normale de m'occuper de la, sans faire de médecine." E13. "Il faut bien le prendre, il faut le prendre plutôt comme un honneur" E5. "Moi j'ai pas pas de surs d'une génération, ou j'ai le sentiment qu'on partage le savoir aussi, et voilà que c'est plus de l'entraide." E7		
	"Alors c'est quelqu'un que je côtoie voilà facilement donc je me suis sentie... agréée ou va dire" E3. "D'une elle j'ai, voilà, j'ai pas eu de difficulté sachant qu'on avait déjà un lien en fait." E3. "Je pense que j'étais celle qui pouvait la mieux la comprendre, à la fois par le côté je la connais depuis des années et à la fois par le côté médical ça y a joué" E8. "quand on connaît vraiment, quand c'est quelqu'un de sa famille, on sait vraiment, fin que lui il est vraiment passé par des choses difficiles, et son médecin il est peut-être pas forcément au courant et il a pas envie que son médecin le soit et sauf que moi je le suis" E5. "Et ça peut être qu'après ils se livrent très facilement à moi aussi, beaucoup plus qu'à d'autres." E5		
	"avant tout si c'est un proche bah tu te comportes comme un proche ou comme un ami ou comme, pas forcément comme un professionnel" E6. "que je me suis finalement positionnée comme copine, amie, mais j'ai essayé d'enlever ma casquette de médecin dans ce domaine là finalement pour que ça soit plus confortable pour moi en fait" E1. "avec ma fille j'ai pas dans un rapport de thérapiste à... patient" E11. "On a envie que ça manne elle mieux mais moi je me sentais pas de dire, c'est moi qui vais l'aider enfin à part en en tant que fille quoi..." E2. "On a envie que ça manne elle mieux mais moi je me sentais pas de dire, c'est moi qui vais l'aider enfin à part en en tant que fille quoi..." E3		
	"on ne sait pas trop où est la limite finalement entre bah le côté fils ou frère euh... et le côté médecin parce que finalement on a quand même des connaissances et... même en tant que fils j'ai des connaissances qui me permettraient de l'aider parce que c'est mon travail" E10		
	"va essayer de bien faire... ça va quasiment être des patients et je vais quasiment, bah faire comme si l'étaient en entrant médical quoi." E5. "mais comme je peux le faire d'ailleurs avec tous mes patients, c'est pas si rare qu'il ma famille." E13. "Moi voilà j'ai fait comme avec mes patients" E3		
	"j'essaie d'avoir un comportement un peu schizoïdique en étant j'aimerais certaines situations et dans ce cas-là on ne parle pas de santé et ça il le respecte par contre. Et puis le médecin j'essaie de faire comme je fais avec le monde." E13		

Annexe 10 : Avis du Comité Éthique du Collège National des Généralistes Enseignants



Comité Ethique du CNGE

155 rue de Charonne 75011 PARIS

Courriel : comite-ethique@cngc.fr

Tél : 01 75 62 22 90

A Paris, le 24 Juin 2020,

Objet : Avis du Comité Ethique du CNGE concernant l'étude " La posture du médecin généraliste face à ses proches en souffrance psychologique "

AVIS 200604176

Le comité d'éthique a donné un avis favorable à la réalisation de l'étude : « La posture du médecin généraliste face à ses proches en souffrance psychologique »

Le comité a formulé les remarques suivantes :

. Remarque 1. Le formulaire de consentement ne comprend pas de présentation de l'étude, pas d'entête, pas de coordonnées des investigateurs... La position du comité est la suivante : le comité ne promeut pas de faire signer un consentement papier en vue de réaliser une étude qualitative par entretiens. Par contre, si les auteurs prévoient un tel document papier, alors celui-ci doit adopter un certain formalisme, comporter des entêtes, et comporter les coordonnées des personnes à contacter.

. Remarque 2. Le comité incite les auteurs à anticiper une modalité d'orientation qui pourra être proposée par le chercheur s'il devait identifier un médecin en souffrance au cours de l'entretien. Une proposition serait de prévoir une orientation vers les dispositifs prévus par le conseil de l'ordre à destination des médecins généralistes.

. Remarque 3. Le comité d'éthique incite les auteurs à se référer explicitement à la MR004.

Cédric RAT
Pour le Comité Ethique du CNGE

Annexe 11 : Questions de LA PUMA et de DAGNICOURT

Questions traduites de LA PUMA (1) :

- Suis-je formé pour répondre aux besoins médicaux de mon proche ?
- Suis-je trop proche pour explorer l'histoire intime et l'état de santé de mon proche et gérer l'annonce de mauvaises nouvelles si besoin est ?
- Puis-je être assez objectif pour ne pas lui procurer trop de soins, trop peu, ou des soins inappropriés ?
- Est-ce que l'implication dans la prise en charge risque de provoquer ou d'intensifier des conflits intrafamiliaux ?
- Est-ce que mes proches seront plus compliants si la prise en charge est réalisée par un médecin sans lien ?
- Est-ce que je permettrai au médecin à qui j'adresse mes proches de s'occuper d'eux ?
- Est-ce que je veux être responsable de ces prises en charge aux yeux de mes pairs et de la société ?

Questions ajoutées par DAGNICOURT (11) :

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

Annexe 12 : Base pédagogique réalisée par DAUTEL et JEANNE

Issu de leur thèse (32)

Objectif : se préparer et réfléchir sur les demandes de soins de ses proches.

Méthodes : cas cliniques courts, débat. Groupe de participants limités pour permettre le débat.

Grandes notions à aborder :

- Avoir une réflexion personnelle sur la situation et ses implications avant d'y être confronté, communiquer avec ses proches et ses pairs sur le sujet.
- Réévaluer son point de vue et le rapport bénéfice/risque de la situation (compliance du proche-patient, condition de soins).
- Réfléchir sur le double rôle médecin-proche.
- Réfléchir sur les différentes responsabilités (proche, famille, pairs, société, aspect légaux).

Solutions proposées par la littérature :

a. Réfléchir avant que la situation ne se présente :

1. Avoir eu une **réflexion antérieure** à la présentation du problème.
2. Savoir identifier les demandes dont l'implication est à **risque** minime, modéré ou élevé pour le médecin.
3. Préparer la gestion du **double rôle proche/médecin**. Prendre du **recul**.
 - Réfléchir sur ses **motivations en tant que proche et en tant que médecin**. (*En quoi ma relation intrafamiliale interagit avec mon identité professionnelle ? Qu'est-ce que ma famille attend de moi en tant que médecin ? Comment je me sens et je me comporte face à ses attentes ? Quelles seraient les conséquences si j'agissais différemment ? Comment je me sens et me comporte face aux sollicitations de mes confrères ?*)
 - Bien identifier les différentes **influences** (familiales, professionnelles...) qui s'exercent sur le médecin et leurs responsabilités dans le conflit des rôles.
4. **Evoquer** la situation au préalable avec ses proches : expliquer la double contrainte médecin/proche.
5. Se fixer des **limites** dans la prise en charge à ne pas dépasser.
6. **Se préparer à dire non** et expliquer clairement les raisons de ce refus.
7. Avoir une réflexion sur le **rapport bénéfice/risque** de la position choisie.

b. La demande étant formulée par le proche, voici les questions à se poser qui ont été proposées afin de bien identifier les différentes problématiques susceptibles de se présenter.

1. Existe-t-il une **autre option** ? si oui, ne pas accepter la demande.
2. Suis-je **bénéfique** ou est-ce que je risque de nuire à mon proche ?
3. Suis-je **formé** pour traiter le problème médical que présente mon proche ?
4. Suis-je trop proche de mon proche pour recueillir son **histoire intime** et état physique et me charger d'annoncer une **mauvaise nouvelle** si nécessaire ?
5. Puis-je être suffisamment **objectif** pour ne pas dispenser trop ou insuffisamment de soins ou alors de manière inappropriée ?
6. Les soins peuvent-ils être réalisés dans de **bonnes conditions pratiques** et techniques ?
7. Mes proches seront-ils **plus compliants** aux soins si c'est un autre médecin qui les prodigue ?
8. Suis-je prêt à être **responsable** devant mes pairs et la société pour cette prise en charge ?
9. Suis-je prêt à faire face aux **critiques** de mon proche et du reste de la famille ?
10. La relation de soin est-elle susceptible de compromettre mon **bien-être personnel** ?

c. Que faire si l'on accepte de répondre positivement à la demande ?

1. Identifier clairement quelles sont les attentes du proche et les vôtres dans cette situation précise.
2. Préférer le rôle de **conseiller** et de **défenseur** et membre de la famille.
3. **Ne pas interférer** avec des soins déjà mis en place.
4. **Ne pas hésiter à adresser** à un confrère pour avis extérieur neutre et partage des décisions.
5. Cadrer dès le départ la consultation et **exposer au proche les règles** de cette prise en charge ainsi que les difficultés et conséquences éventuelles engendrées par celle-ci.
6. Tenir un **dossier**.
7. **Transmettre** les éléments de la prise en charge au médecin traitant du proche.
8. Être vigilant sur la **confidentialité** notamment au sein de la famille. Garder le secret médical.
9. **Inform**er sur les bénéfices et les risques.
10. Garder une **ambiance professionnelle** lors de la consultation. Limiter l'intrusion de la relation personnelle dans la relation de soin.
11. **Faire confiance** aux confrères.

d. Participer à des groupes Balint, ou groupes de pairs.

e. Connaître les aspects juridiques de cette situation notamment concernant les prescriptions informelles.

- relation contractuelle
- responsabilité
- pas de recommandation déontologique ou médico légale

f. Réévaluer son attitude par rapport à l'évolution de sa pratique personnelle, de sa relation affective avec les proches et de leur état de santé.

En fonction de :

- sa pratique personnelle
- sa relation affective avec le proche
- état de santé du proche

AUTEUR : Magali PASAMON et Camille GHAZI

TITRE : Devant la souffrance psychique d'un de ses proches, quelle posture le médecin généraliste adopte-t-il ?

DIRECTEUR DE THESE : Pr Motoko DELAHAYE

RÉSUMÉ :

Introduction : La question de la prise en charge de ses proches se pose à tout médecin généraliste. La souffrance psychique, sujet sensible et pourtant courant en population générale, touche donc forcément son entourage.

Objectif : L'objectif principal était de déterminer la posture adoptée par les MG face à la sollicitation de leurs proches en souffrance psychique. Les objectifs secondaires étaient de déterminer si ces demandes étaient plus difficiles qu'une demande de soin organique et quelles étaient les stratégies pour protéger leur relation.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative avec des entretiens individuels semi-dirigés auprès des MG autour de Toulouse et d'Angers, jusqu'à saturation des données, obtenu et confirmé après 13 entretiens.

Résultats : Les demandes les plus fréquentes étaient pour des conseils, ce que les médecins étaient plus enclins à accepter. Dans la souffrance psychique, la réalisation de psychothérapie de soutien officieuse était souvent acceptée par le médecin. Il souhaitait aider son proche mais le sentiment d'obligation était également très présent. L'un des freins dans ce type de prise en charge était le risque suicidaire. Le double rôle présentait des avantages spécifiques à la prise en charge d'un proche mais pouvait être responsable d'un inconfort.

Discussion : La posture de proche-expert est généralement adoptée par le médecin afin de faire bénéficier son proche de ses connaissances tout en se protégeant. La souffrance psychique d'un proche présente plusieurs singularités à prendre en compte avant de s'engager dans une prise en charge. Un refus doit être expliqué pour une meilleure acceptation. Il faudrait que le médecin réussisse à s'interroger en amont des demandes.

SUMMARY :

Introduction : The question of how to take care of one's relatives arises for every general practitioner. Psychological suffering, a sensitive subject which is nevertheless common in the general population, inevitably affects those around them.

Objectives : The primary objective was to determine the posture adopted by GPs when faced with requests from their loved ones in psychological distress. The secondary objectives were to determine whether these requests were more difficult than a request for organic care and what strategies they used to protect their relationship.

Method : We conducted a qualitative study with individual semi-directed interviews with GPs around Toulouse and Angers, until data saturation was obtained and confirmed after 13 interviews.

Results : The most frequent requests were for counseling, which physicians were more likely to accept. In the case of psychological suffering, informal supportive psychotherapy was often accepted by the physician. He wanted to help his loved one, but the feeling of obligation was also very present. One of the obstacles in this type of care was the risk of suicide. The dual role had specific advantages in caring for a loved one but could be responsible for discomfort.

Discussion : The posture of relative-expert is generally adopted by the doctor in order to help his loved one benefit from his knowledge while protecting himself. The psychological suffering of a loved one presents several singularities to be taken into account before engage in care. A refusal must be explained for a better acceptance. The doctor should be able to ask himself questions before the request is made.

MOTS CLÉS :

Médecins généralistes, proches, relation médecin-patient, prise en charge personnalisée du patient, prise en charge de la maladie, souffrance psychique, stress psychologique, trouble dépressif

KEY WORDS :

General practitioners, relatives, physician-patient relation, case management, disease management, psychological suffering, psychological stress, depression

Discipline administrative : Médecine Générale

Faculté de Médecine Rangueil : 133 Route de Narbonne, 31062 Toulouse Cedex 04, France