

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 07 juin 2018 à Poitiers
par **Mademoiselle Margaux PAULY**

La proximité affective dans la relation médecin-patient :
de la médecine de famille à la spécialité médecine générale

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY
Monsieur le Professeur Thierry VALETTE

Directeur de thèse : Docteur Yves FOURE

Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (**mission 09/2017 à 03/2018**)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (**disponibilité de 10/2017 à 01/2018**)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- SIMMONDS Kevin, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017 – jusqu'au 11/2020**)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements.....	6
Introduction	11
1. La relation médecin-patient.....	12
a) <i>Les bases de la relation médecin-patient</i>	12
b) <i>La notion de « juste distance »</i>	13
c) <i>L'évolution de la relation médecin-patient</i>	13
2. L'évolution sociologique de la famille en 50 ans.....	14
a) <i>La dégénérescence de la famille « traditionnelle »</i>	14
b) <i>La diversification des modèles familiaux</i>	15
3. De l'omnipraticien au spécialiste médecine générale.....	15
a) <i>Historique</i>	15
b) <i>Définition</i>	16
c) <i>La pratique du spécialiste en médecine générale</i>	17
Matériels et méthodes.....	19
1. Population étudiée	20
2. Le questionnaire.....	20
a) <i>Inclusion et Exclusion</i>	20
b) <i>Nombre de sujets nécessaires</i>	21
c) <i>Recueil de données</i>	21
d) <i>Élaboration du questionnaire</i>	21
e) <i>Analyse des données</i>	22
3. Les entretiens.....	23
a) <i>Participants</i>	23
b) <i>Nombre de sujets nécessaires</i>	23
c) <i>Organisation des entretiens</i>	23
d) <i>Modalités de recueil des données</i>	23
e) <i>Guide d'entretien</i>	24
f) <i>Analyse des données</i>	24
Résultats : Questionnaire.....	25
1. Nombre de réponses	26
2. Caractéristiques des répondants	26
a) <i>Sexe</i>	26
b) <i>Âge</i>	27
c) <i>Ancienneté d'installation</i>	27
d) <i>Lieu d'activité</i>	28
e) <i>Mode d'installation</i>	28
f) <i>Situation personnelle</i>	29
3. Le médecin généraliste et sa famille.....	29
a) <i>Fréquence de confrontations aux demandes de soins des proches</i>	29
b) <i>Attitude des médecins généralistes face à ses demandes fonction du lien affectif</i>	30
c) <i>Nature de la différence d'attitude des médecins généralistes</i>	30
d) <i>Anticipation universitaire des demandes de soins</i>	31
e) <i>Motivation des proches</i>	32
f) <i>Motifs des sollicitations</i>	33
g) <i>Fréquence d'accès aux demandes de soins</i>	34
h) <i>Ressenti des médecins généralistes</i>	34
i) <i>Une dernière remarque des médecins généralistes</i>	35
4. Le médecin généraliste et ses patients.....	36
a) <i>Fréquence d'interruption du suivi d'un patient proche</i>	36
b) <i>Contexte et méthode d'arrêt du suivi d'un patient trop proche</i>	36
c) <i>Évolution de la relation médecin-patient</i>	38
d) <i>Une dernière remarque des médecins généralistes</i>	39
5. De la médecine de famille à la spécialité médecine générale	40
a) <i>Notion de médecin de famille</i>	40

b)	<i>Notion de spécialiste en médecine générale</i>	<i>40</i>
c)	<i>Médecin de famille ou spécialiste en médecine générale.....</i>	<i>41</i>
d)	<i>Une dernière remarque des médecins généralistes</i>	<i>42</i>
6.	<i>Corrélation des résultats</i>	<i>43</i>
a)	<i>Corrélation des réponses apportées avec le sexe des médecins généralistes</i>	<i>43</i>
b)	<i>Corrélation des réponses avec l'ancienneté d'installation</i>	<i>44</i>
c)	<i>Corrélations des réponses avec le lieu d'exercice.....</i>	<i>45</i>
d)	<i>Corrélation des réponses avec le mode d'exercice.....</i>	<i>45</i>
e)	<i>Corrélations avec l'anticipation universitaire de ces demandes.....</i>	<i>46</i>
f)	<i>Corrélations des facteurs d'influences entre eux.....</i>	<i>46</i>
	Résultats : Les entretiens	47
1.	<i>Résumé des entretiens</i>	<i>48</i>
2.	<i>La proximité affective dans la relation médecin-patient.....</i>	<i>49</i>
3.	<i>La place du médecin généraliste dans la relation médecin-patient.....</i>	<i>50</i>
4.	<i>L'évolution de la médecine générale et de ses acteurs.....</i>	<i>52</i>
5.	<i>L'évolution de la famille à travers le regard du médecin généraliste</i>	<i>53</i>
a)	<i>Le médecin et sa famille.....</i>	<i>53</i>
b)	<i>Le patient et sa famille.....</i>	<i>54</i>
c)	<i>Le médecin de famille.....</i>	<i>54</i>
	Discussion.....	56
1.	<i>Principaux résultats de l'étude et comparaisons aux données de la littérature</i>	<i>57</i>
a)	<i>La prise en charge par le médecin généraliste des membres de sa famille.....</i>	<i>57</i>
b)	<i>L'influence de la proximité affective dans la relation médecin-patient</i>	<i>59</i>
c)	<i>Le médecin de famille et le spécialiste en médecine générale.....</i>	<i>62</i>
2.	<i>Limites et forces de l'étude.....</i>	<i>64</i>
3.	<i>Perspectives</i>	<i>65</i>
	Conclusion	66
	Bibliographie	67
	Annexes.....	74
1.	<i>Annexe 1 : Questionnaire</i>	<i>75</i>
2.	<i>Annexe 2 : Guide d'entretien.....</i>	<i>79</i>
3.	<i>Annexe 3 : Verbatim des entretiens.....</i>	<i>80</i>
a)	<i>Entretien n°1</i>	<i>80</i>
b)	<i>Entretien n°2</i>	<i>82</i>
c)	<i>Entretien n°3.....</i>	<i>87</i>
d)	<i>Entretien n°4</i>	<i>90</i>
e)	<i>Entretien n°5.....</i>	<i>97</i>
f)	<i>Entretien n°6.....</i>	<i>102</i>
g)	<i>Entretien n°7</i>	<i>107</i>
4.	<i>Annexe 4 : Marguerite des compétences</i>	<i>112</i>
5.	<i>Annexe 5 : Corrélations des résultats</i>	<i>113</i>
	Résumé	124
	SERMENT	125

Remerciements

Au Professeur Philippe BINDER,

Pour avoir accepté de présider le jury de cette thèse. Vous me faites un honneur. Je vous remercie de votre disponibilité.

Voyez ici, Monsieur, l'expression de mon plus profond respect

Au Professeur Thierry VALETTE,

Je vous suis extrêmement reconnaissante d'avoir accepté de juger ce travail et de l'enthousiasme que vous avez manifesté quand je vous l'ai demandé.

Veillez trouver ici, Monsieur, l'expression de ma plus sincère gratitude

Au Professeur Pascal PARTHENAY,

Je vous remercie d'avoir apporté un si grand intérêt à ce travail et de me faire l'honneur de le juger.

Veillez croire, Monsieur, à ma sincère reconnaissance.

Au Docteur Yves FOURE,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'assurer la direction de cette thèse. Je vous remercie de votre disponibilité, de votre soutien et de la pertinence de vos conseils.

Au 151 médecins participants,

Merci de m'avoir accordé de votre temps. Merci de votre sincérité, sans vous ce travail n'aurait pu être fait.

À Mme ALLIX-BEGUEC Caroline

Merci de votre aide pour la réalisation des statistiques de cette étude.

Au Docteur Jean-Louis LEVESQUE et au Docteur Anne RENAULT,

Vous avez été mes Maîtres de stage, vous avez su me guider et me conforter dans mon choix professionnel. Je vous en remercie sincèrement. Je ne saurais l'oublier.

À Eric, Dominique, Jacques,

Merci de vos conseils aux prémices de ce travail.

À Aurélie, Cathy, Guillaume, Bertrand, Pacôme, Hélène, Arnaud, François,

Merci de votre confiance à mon égard et de m'avoir confié vos patients avec tant de simplicité et facilité.

À mon grand-père Christian tout d'abord sans qui je ne serai jamais devenu médecin. Merci d'avoir bercé mon enfance de tes histoires qui m'ont donné envie de devenir celle que je suis aujourd'hui.

À son épouse Simone, une des plus formidables grand mère que l'on puisse avoir. Merci pour ton toffé et le thé François 1er, pour les parties de scrabble et de belotes, pour les étés à l'île de Ré et Merci pour ton soutien et tes encouragements à toutes épreuves.

Une pensée particulière pour mon papy Bébert et ma mamie Gigi dont le rire me manque tous les jours.

À mes parents. Ce parcours et cette réussite sont les vôtres. Merci de m'avoir permis de m'accomplir, fidèle à celle que je suis. Merci de m'avoir fait grandir dans une famille unie où la sensibilité de chacun peut s'exprimer. Maman, pour ton sourire, ton optimisme, ton écoute et ta créativité. Papa, pour ton calme, pour m'avoir appris à me donner les moyens de réaliser mes rêves et pour ton amour de la nature que tu as su me transmettre. Je suis extrêmement fière d'être votre fille. Je vous aime.

À Marine, ma sœur. Nos différences ont fait notre force. Elles nous ont appris l'écoute, la tolérance et ont nourri la complicité qui est la notre aujourd'hui. Merci de ton soutien, de tes conseils et de ta présence à mes côtés chaque jour.

À Christophe, mon beau-frère et plus que ça. Merci d'avoir fait preuve de patience pour m'appriivoiser au début et d'avoir si bien pris soin de moi par la suite. Nous n'avons pas besoin de grands discours pour se dire tout ce qui nous unit aujourd'hui mais Merci pour tout.

À mes deux bouilles d'amour Alexandre et Martin. Merci d'avoir éclairer mes moments de break quand mes études devenaient trop pesantes. Merci d'avoir fait de moi une tatie fière d'avoir deux crapules comme vous en tant que neveux.

À Alain et Nicole. Merci de m'avoir accueilli dans votre famille avec tant de simplicité et de bienveillance.

À Matthieu, Malika, Gauthier, Chine et le petit dernier Arthur. Merci de votre présence dans ma vie malgré les kilomètres qui nous séparent.

À toute ma famille, ainsi qu'à la Dobrzelewski et Corvaisier team. Merci de faire de chaque repas, chaque Noël, chaque anniversaire des moments de purs bonheurs.

À Laurent vers qui mes pensées vont dès que je me balade en ville.

Aux Cognaçaises (et leurs moitiés et mini-moi). Mathilde, Charlotte, Marine, Marion, Amélie, on a grandi ensemble...on a tout connu...les rires, les larmes, les doutes, les joies, les succès, les déceptions...et même si on ne sait pas de quoi demain sera fait, je tenais juste à vous dire combien je suis fière de chacune d'entre vous, des femmes que vous êtes devenues et surtout sachez que même si on ne partage pas le quotidien, vous avez une place toute particulière dans ma vie et dans mon cœur...il ne nous reste plus qu'une chose à faire : fixer une date pour un week-end !

À Augustin dont la force, le courage et la malice m'étonnent depuis presque 3 ans. Fièvre d'être ta marraine petit lion.

À mes Bordelais (et leurs moitiés et mini-moi aussi). Anne, Minette, Zazou, Popo, Daminou, Juju, Marie...elles ont parfois été loooongues ces années fac mais grâce à vous elles ont été plus douces, plus heureuses, plus arrosées aussi parfois avouons le. En tout cas, malgré les kilomètres, nos emplois du temps impossibles, je suis sereine quant à notre avenir. On se voit très bientôt.

Aux Rochelais(es). À JDD, Coco et Laure...Merci d'avoir créé cette team « tisanes » qui peut se transformer, même si c'est plus rare il faut le dire, en « groupe de pairs ». Vous savez m'écouter, apaiser mes angoisses, partager mes sourires et mes rires de la meilleure des manières qui soit. Merci au CH de Rochefort de nous avoir fait rencontrer et au service des Urgences de LR d'avoir renforcer notre amitié.

À Louis, Marie, Pauline, Xavier, Nico, Rémy, Charlotte, Cyril, Koundou...qu'elle est belle cette vie qu'on se dessine tous ensemble. C'est grâce à vous que mon quotidien est si radieux aujourd'hui. Je vous en remercie.

À Salma. Heureuse d'avoir croisé ta tête de Grumpy à Saintes et d'avoir fait en sorte que notre planning en pédiatrie fasse qu'on devienne inséparables. Merci pour la colloc, pour les plats Benzid version « Inaya » juste pour moi, pour les fous rires lors de nos

covoiturages et surtout n'oublies pas une chose, si un jour tu te perds sur une île déserte, arrêtes de mâcher !

Aux P2LR. Merci de faire de chacun de mes mardis une fête. Je reviens très bientôt.

À tous les autres. Tous vous citer prolongerait ce travail de quelques pages mais je sais que vous saurez vous reconnaître. Merci à chacun d'entre vous.

Merci à tous les patients, tous les seniors, tous mes co-internes, et toutes les équipes rencontrées au cours de mon parcours, d'avoir pris le temps de m'apprendre tout ce que je sais aujourd'hui.

Et enfin à Thibault. Si heureuse d'avoir changé la couleur de mon carton !

Merci de ton entêtement il y a 4 ans. Merci d'embellir chaque jour de ma vie et de la rendre si simple et paisible. Merci de ton sourire, de ton humour, de tes envies de voyages, de ta tendresse, de ta sérénité et de ton soutien.

Merci d'être mon passé, de faire mon présent et de créer mon futur.

Et puis surtout Merci de m'offrir le plus beau des cadeaux... À Nikos.

Je vous dédie à tous ce travail

Introduction

1. La relation médecin-patient

Pivot de la médecine et de la santé, la relation médecin-patient est une relation interhumaine de dualité unique.

a) Les bases de la relation médecin-patient

Dans tout acte médical, la communication avec le patient est fondamentale. Au cours d'une consultation le médecin se doit, en dehors de ses compétences scientifiques (savoir-faire), d'utiliser des compétences humaines et relationnelles (savoir-être) en adaptant son discours savant, par la reformulation, à chaque patient pour s'assurer de sa bonne compréhension. On peut identifier deux types de communications qui influenceront sur le message que souhaite délivrer le médecin à son patient et inversement : la *communication verbale* et la *communication non verbale*. Par les intonations, les mimiques, la gestuelle, la compréhension du discours médical et du patient n'est pas la même.^{1, 2}

Au cours du suivi, il se crée une relation interpersonnelle entre le médecin et son patient qui n'est en fait qu'un cas particulier d'une *relation intersubjective*, c'est à dire une relation co-construite par les deux protagonistes.

La base de cette relation est l'*empathie* (Freud, 1913). L'empathie, faisant partie des six attitudes décrites par PORTER, correspond à une aptitude cognitive active du médecin consistant à se mettre dans la situation du patient en conservant une distance émotionnelle.

Cependant dans le cadre de cette relation spécifique intersubjective s'associe une réaction émotionnelle involontaire (Fivaz-Depeursinge 2001). Chez le médecin, elle se manifeste par une plus grande attention à son patient grâce à une attitude d'écoute et de disponibilité qu'il peut travailler et faire évoluer au cours du suivi.^{3, 4}

Par ailleurs, Balint théorise dès 1939 les notions de *transfert* et *contre transfert* dans la relation médecin-patient. Le transfert est défini par l'ensemble des réactions affectives conscientes et inconscientes ressenties par le patient à l'égard de son médecin. Le patient investit celui qu'il choisit comme soignant d'un pouvoir et d'un savoir qu'il lui suppose. Au transfert du patient répond celui du médecin, appelé contre-transfert. Ainsi "n'importe quel médecin ne peut soigner n'importe quel malade". Le transfert comme le contre-transfert peuvent être positifs ou négatifs.^{5, 6}

b) La notion de « juste distance »

Pour créer une relation thérapeutique de qualité, le médecin se doit d'être empathique, à l'écoute de son patient mais sans perdre son individualité. Il doit y avoir une mise à distance des émotions, des sentiments et des affects qui peuvent se créer du côté du patient d'une part, qui dépendent essentiellement de son vécu de la maladie, mais aussi du médecin afin de ne pas compromettre une prise en charge optimale. Agir comme il convient c'est le propre de la vertu, laquelle désigne, pour Aristote, un juste milieu entre deux excès. S'agissant du médecin, la bonne attitude, l'attitude « vertueuse », correspond au milieu entre l'indifférence totale et la position qui consisterait à envahir l'autre et à se laisser envahir par lui dans l'intention de lui faire du bien, correspondant à une sorte donc de bienveillance intrusive.⁷ Il s'agit donc d'une proximité distanciée ou comme le nomme Levinas d'une « séparation liante ».⁸

On peut retenir aussi que, selon le concept de la **proxémie** de l'anthropologue HALL E.T, il existe quatre types de distance relationnelle : la distance intime, la distance personnelle, la distance sociale et la distance publique. La distance thérapeutique adéquate se situerait entre la distance personnelle et la distance sociale hormis pour l'examen clinique où nous nous trouvons dans la distance intime.⁹

c) L'évolution de la relation médecin-patient

Nous avons pu constater ces dernières années un renouveau complet de la relation médecin-patient.

À la suite des scandales sanitaires des années 90, entraînant la création des premières associations de malades, et l'application de nouvelles lois dans le cadre du code de la déontologie médicale et du code de la santé, le malade est passé du statut de patient à celui d'usager du système de santé, d'objet de soin à sujet de droit. De plus, l'accès aux données médicales pour tous et par tous, par l'intermédiaire des réseaux informatiques, contribue à concurrencer une autorité médicale fondée sur le savoir.

Il a résulté de tout ceci une disparition de la relation « paternaliste » médecin-patient pour laisser la place à une relation mutuelle.^{10,11,12}

2. L'évolution sociologique de la famille en 50 ans

Depuis les années 1970, l'institution familiale connaît des mutations profondes. La famille traditionnelle laisse progressivement la place à un *pluralisme familial*.¹³

a) La dégénérescence de la famille « traditionnelle »

Le modèle de la «famille traditionnelle», correspondant à un couple marié avec des enfants élevés par l'épouse inactive professionnellement, n'a fait que s'amenuiser ces cinquante dernières années.

Les raisons de cette régression sont multiples. L'émancipation des femmes et le nouveau rôle qu'elles occupent dans la société ont été, bien entendu, décisifs. Ceci ayant des répercussions directes en termes de fécondité et nuptialité.

En effet, en France, nous avons pu constater une diminution progressive jusqu'aux années 2000 de la fécondité, passant de 2,48 enfants/femme en 1970 à 1,80 en 1999, et restant stable depuis.¹⁴ Par ailleurs le mariage, longtemps représenté comme la base de la famille, ne cesse d'être en recul. Environ 220 000 mariages étaient célébrés en 2017 contre près de 400 000 au début des années 1970.¹⁴ Le PACS, créé en 1999, n'a pas pour autant pris sa place même si nous pouvons constater un essor important en 20 ans. Il en résulte une augmentation considérable du nombre de naissances hors mariage, multipliée par sept en 50 ans. Traditionnellement, la formation du couple précédait de peu celle de la famille : le mariage annonçait la première naissance. Ce n'est donc plus le cas aujourd'hui.¹⁵

Il faut noter également que la place de l'enfant dans la famille a considérablement évoluée depuis les années 60, date à partir desquelles des pédagogies nouvelles s'imposent progressivement. Les transformations de la Convention des droits de l'enfant entre 1924 et 1989 reflètent cette évolution. Au départ, les droits étaient presque exclusivement spécifiques à l'enfance, l'enfant restait alors sous l'égide de ses parents auxquels il devait obéir jusqu'à l'âge de raison pour par la suite exister en tant qu'adulte, puis ses droits ont été élargis par la reconnaissance de droits semblables à tout individu aboutissant à l'autonomisation de l'enfant d'après François DE SINGLY.¹⁶ C'est dans ce contexte qu'apparaît la notion « d'enfant roi » qui tend à faire disparaître le « nous familial » au profit du « nous générationnel ».

b) La diversification des modèles familiaux

Délaissant progressivement ce modèle traditionnel de la famille, nous avons pu constater l'apparition de nouvelles formes de vie conjugale et familiale. La *cohabitation hors mariage* est devenue le mode d'entrée normal dans la vie en couple. Elle était encore très marginale à la fin des années 60.

De plus le divorce des couples mariés s'est banalisé, les chiffres ont été multipliés par 4 depuis les années 70. Il en résulte l'émergence des *familles monoparentales*, qui dans les années 60 résultaient majoritairement du décès d'un des deux parents, et des *familles recomposées*. Au recensement de 1999, on comptait 708 000 familles recomposées, soit une progression de 10 % depuis 1990.¹⁵

3. De l'omnipraticien au spécialiste médecine générale

Depuis le début du XIXème siècle, la médecine générale est, au delà de la médecine du corps limitant l'acte thérapeutique à un acte technique, une médecine des âmes représentant chaque symptôme dans une dimension physique, mais aussi affective et sociale.¹⁷

a) Historique

Si on remonte un peu dans le temps, jusqu'à la fin des années 70 les études médicales se composaient d'un cycle de sept ans à la fin duquel il était délivré le *diplôme d'état de docteur en médecine* permettant d'exercer la médecine générale. L'accès aux spécialités se faisait par l'obtention d'un *certificat d'études spécialisées*.¹⁸

La loi n° 82-1083 du 23 décembre 1982 a introduit une réforme importante dans le régime des études médicales par la création du *3ème cycle des études médicales*.¹⁹ C'est à cette période que sera abandonné le terme « *omnipraticien* » au profit du terme « *généraliste* ». ¹⁸

Les articles 60 et suivants de la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ainsi que le décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 ont par la suite réformé la procédure d'accès au troisième cycle des études médicales et surtout intégré la médecine générale parmi les spécialités médicales, qui devient par la même occasion une discipline universitaire.^{20,21}

Dans le même temps, la réforme de l'assurance maladie en août 2004²² place le médecin généraliste au cœur du système de soins. Position renforcée par la loi HPST²³ de 2009 qui lui confère la responsabilité de la coordination des soins.

b) Définition

La WONCA (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*) a défini en 2002 la Médecine générale - Médecine de famille comme « **une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires** ».²⁴

Elle s'articule autour de onze compétences :

- Premier recours
- Communication
- Urgence
- Prise en charge globale
- Approche centrée
- Soins continus
- Coordination des soins
- Action de santé publique
- Complexité
- Prévention / Éducation
- Suivi

La révision de cette définition en 2005, par la WONCA, avait pour but d'apporter des éclaircissements et une meilleure compréhension des compétences. Celle de 2012 a néanmoins ajouté une nouvelle composante aux onze précédentes ; celle de la responsabilisation du patient.²⁵

On retrouve ces missions dans l'article L41130-1 du code de la santé publique.²⁶

c) La pratique du spécialiste en médecine générale

L'OMS définit, depuis 1946, la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »²⁷

On retrouve cette idée d'équilibre et d'harmonie entre les différentes sphères de la vie d'une personne dans le modèle bio-psycho-social décrit par Engel en 1977, par la description des interrelations complexes qu'il peut exister entre ces différents « sous systèmes. »²⁸

Le spécialiste en médecine générale, exerçant une médecine que l'on qualifiera de médecine de la Personne à contrario des autres spécialités pratiquant une médecine d'Organe, devient le seul professionnel de santé menant une démarche centrée sur le patient et non sur la maladie. Cette démarche aboutit à établir un diagnostic de situation grâce à l'utilisation du modèle OPE, outil créé d'après les travaux du Dr LEVY et du Dr MASSE, permettant d'obtenir une vision globale de la problématique de Santé en étudiant les interactions entre la dimension organique, environnementale et relationnelle chez un individu.^{29,30}

Comme nous venons de le voir, le monde médical, et en particulier la médecine générale, a subi de profonds bouleversements ces cinquante dernières années tant sur le plan humain, sociétal que législatif. En effectuant des recherches bibliographiques portant plus spécifiquement sur la relation médecin-patient, nous avons pu trouver de nombreux travaux portant sur les réponses des médecins aux sollicitations émanant de leurs proches.^{31,32,33}

Nous sommes donc partis de l'idée qu'être le médecin de sa famille soulevait bon nombre de questions éthiques et morales et imposait un discernement à avoir sur notre conduite à tenir dans cette situation.

Cette réflexion sur l'impact de la proximité affective dans la relation médecin-patient sur l'exercice de la médecine générale a aboutit à ce que l'on se pose la question suivante :

Est ce que le "médecin de famille", dont le rôle est décrit par la WONCA de 2002, existe toujours aujourd'hui ?

Matériels et méthodes

Nous avons choisi d'étudier la question à travers l'envoi d'un questionnaire et la réalisation d'entretiens semi-dirigés.

Dans un premier temps, le questionnaire nous a permis une analyse quantitative. Elle avait pour but d'apporter une validité externe à ce travail, par un échantillon ciblé et représentatif, rendant possible la généralisation de notre conclusion. Elle devait permettre de quantifier les données, de rechercher des preuves objectives, et de trouver d'éventuelles relations causales entre les variables.

Dans un second temps, il nous a paru important de compléter le travail par une analyse qualitative par le biais de questions ouvertes et d'entretiens semi-dirigés afin d'explorer les expériences personnelles, le ressenti et les impressions des médecins généralistes interrogés sur ce sujet.

1. Population étudiée

Notre étude portait sur l'ensemble des Médecins Généralistes en Charente-Maritime en exercice en 2017.

2. Le questionnaire

a) Inclusion et Exclusion

Nous avons récupéré un listing non exhaustif d'adresses électroniques de médecins généralistes par le biais du directeur de thèse et par des connaissances personnelles de l'enquêteur. Il regroupait 449 adresses e-mails.

Nous avons décidé d'exclure dans ce travail les médecins retraités, les autres spécialistes en Médecine, et les remplaçants dans le but de cibler notre étude sur les médecins généralistes installés exerçant une activité libérale exclusivement.

b) Nombre de sujets nécessaires

Nous nous étions fixés un taux de réponses de 30%, nécessaire statistiquement à ce type d'étude.

c) Recueil de données

Le questionnaire avait été au préalable testé sur quatre médecins généralistes installés en Charente sélectionnés parmi les connaissances personnelles de l'enquêteur afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions, de la facilité et du temps nécessaire de réponse.

Le recueil s'est effectué par l'envoi d'un message électronique au listing. Il contenait un texte explicatif du travail, le lien du questionnaire, ainsi qu'une adresse e-mail pour recueillir d'éventuels commentaires de la part des répondants.

Plusieurs relances ont été effectuées, toujours par le même biais, afin d'obtenir un nombre de réponses suffisant. Le recueil des données s'est étalé du 01 août 2017 au 14 novembre 2017.

d) Élaboration du questionnaire

Il se compose de quatre parties (annexe 1). Ses différentes sections reposent sur les données de la littérature et sur une réflexion sur la question soulevée par ce travail et ses hypothèses.

La première partie nous a permis de rassembler les données socio-démographiques des médecins répondants.

Dans un second temps, il abordait la question du ressenti du médecin par rapport aux demandes de soins de leurs proches.

Puis, il s'intéressait à l'expérience du médecin vis à vis de ses patients considérés comme proches, et de son avis sur l'évolution de la relation médecin-patient.

Et enfin, il s'ouvrait à la question du médecin de famille versus le médecin spécialiste en médecine générale.

Chaque partie englobait des réponses fermées à choix unique ou multiple et des réponses ouvertes avec du texte libre.

e) Analyse des données

Les questions à choix unique ou choix multiple :

Le recueil des données a été réalisé de manière à ce que les résultats puissent être interprétés par traitement informatique.

Nous avons pu réaliser une analyse descriptive et statistique par l'utilisation du test du Chi 2.

Nous nous sommes intéressés à plusieurs points :

- La fréquence, la raison et le motif des sollicitations des médecins par leurs proches.
- La réponse apportée par les médecins à ces demandes et leurs ressentis.
- La recherche de corrélations entre les caractéristiques des médecins généralistes et leurs attitudes envers leurs proches ou leurs patients proches.
- Leur avis sur l'évolution de leurs pratiques ces dernières années et sur leur rôle dans le milieu médical.

Les questions à texte libre :

Le questionnaire comportait dix-huit questions à réponses libres.

Une question concernait l'âge des répondants.

Quatre concluaient chacune des grandes parties et laissaient la possibilité aux répondants de faire une dernière remarque sur le sujet.

Neuf correspondaient à la réponse « Autre » au sein des questions à choix multiple afin de ne pas omettre une idée non identifiée par l'enquêteur.

Quatre répondaient à des questions ouvertes, où le répondant était libre d'y apposer son ressenti et d'apporter des éclaircissements à ses réponses précédentes.

Les données ainsi recueillies ont été analysées de façon qualitative, selon la même méthode que celle, décrite ci dessous, pour les entretiens.

3. Les entretiens

Au vu des résultats de notre analyse du questionnaire relevant certaines discordances quant aux réponses des médecins et du fait du caractère personnel et intime du sujet, nous avons fait le choix de réaliser des entretiens individuels afin de compléter notre étude.

a) Participants

L'échantillonnage n'a pas été orienté. Il a reposé sur plusieurs sources dans le but d'obtenir une diversité parmi les sujets pour une richesse des données.

Le recrutement s'est fait par le directeur de thèse, par l'enquêteur lui même au sein des répondants du questionnaire et parmi ses connaissances personnelles.

b) Nombre de sujets nécessaires

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données. Ils ont donc été stoppés quand l'enquêteur estimait qu'un entretien n'avait apporté aucune nouvelle idée ou notion aux précédents.

c) Organisation des entretiens

Une fois le contact établi avec le participant par téléphone ou e-mail au cours duquel était expliqué le but de l'étude. Le choix du lieu était déterminé par le participant.

d) Modalités de recueil des données

Chaque entretien a fait l'objet d'un enregistrement audio à la suite du consentement du médecin, sous couvert d'anonymat.

e) Guide d'entretien

Élaboré au préalable (annexe 2), il reprend les idées principales issues de l'analyse du questionnaire complétées d'idées plus générales, simples et ouvertes afin de laisser au participant la possibilité de transmettre son expérience et ses émotions sur le sujet.

Il a été testé sur un médecin généraliste afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions.

Les questions de l'enquêteur pouvaient évoluer en fonction des réponses et des idées émergeant au cours de l'entretien.

f) Analyse des données

Dans un premier temps, chaque entretien a été retranscrit intégralement (annexe 3), en respectant tout ce qui a été dit et entendu.

L'analyse a débuté dès le premier entretien.

Nous avons listé progressivement les notions qui en ressortaient, illustrées par un mot-clef, ou une phrase issue de l'entretien.

Dans un second temps, nous avons organisé les notions pour chaque entretien, et les avons comparé entre elles. Plusieurs grands groupes de notions se retrouvaient dans différents entretiens.

Enfin, en travaillant chaque groupe de notion, de nouveaux sous-groupes ont émergés et ont été organisés, illustrés là encore par un mot-clef ou une phrase issue des verbatims des entretiens.

Une triangulation des résultats a pu être réalisée grâce à la relecture des verbatims par une connaissance personnelle de l'enquêteur, un médecin généraliste non installé, selon le même procédé.

Résultats : Questionnaire

1. Nombre de réponses

154 questionnaires ont été remplis par les médecins généralistes interrogés.

Notre listing regroupait 449 adresses e-mails de médecins généralistes.

Le taux de participation au questionnaire était de **34,30 %**.

Nous avons fait le choix d'inclure dans ce travail uniquement les médecins généralistes installés en Charente-Maritime exerçant une activité libérale. Douze répondants ont donc été exclus. Notre analyse porte donc sur **142 répondants**.

Nous considérons donc un taux de participation de **31,62 %**.

2. Caractéristiques des répondants

a) Sexe

142 personnes ont répondu à cette question.

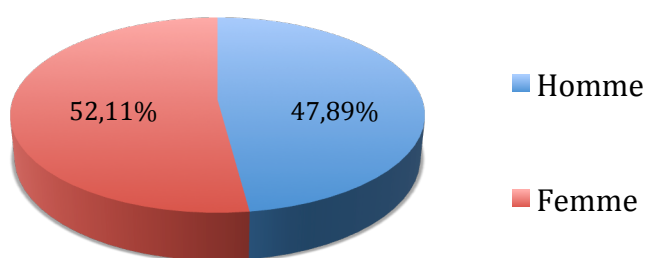


Figure 1 – Sexe des répondants

68 des répondants (soit 47,89 %) étaient de sexe masculin et 74 des répondants (soit 52,11%) étaient de sexe féminin.

b) Âge

133 personnes ont répondu à cette question. Six femmes et trois hommes se sont abstenus.

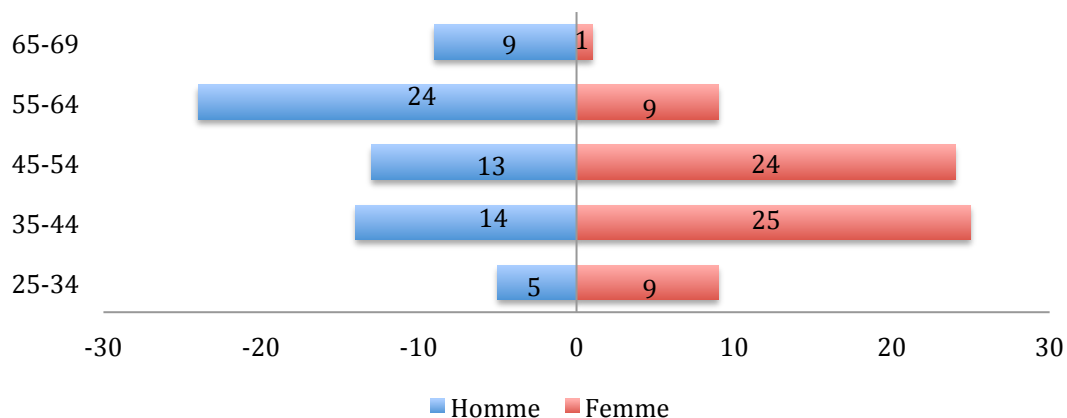


Figure 2 – Pyramide des âges des répondants

La moyenne des âges des répondants était de **48,1 ans [29-69]**.

c) Ancienneté d'installation

141 personnes ont répondu à cette question.

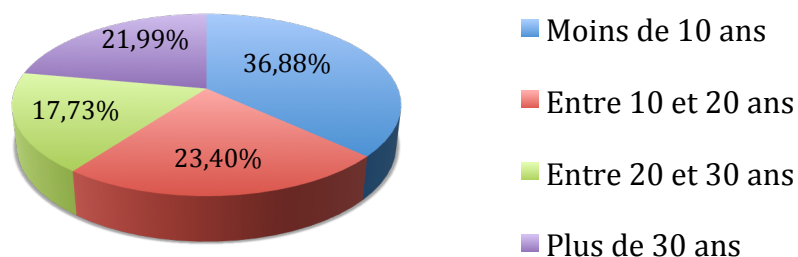


Figure 3 – Ancienneté d'installation des répondants

52 répondants (soit 36,88%) étaient installés depuis moins de 10 ans, 33 répondants (soit 23,40%) étaient installés depuis plus de 10 ans mais moins de 20 ans, 25 répondants (soit 17,73%) étaient installés depuis plus de 20 ans mais moins de 30 ans, et enfin 31 répondants étaient installés depuis plus de 30 ans.

d) Lieu d'activité

141 personnes ont répondu à cette question.

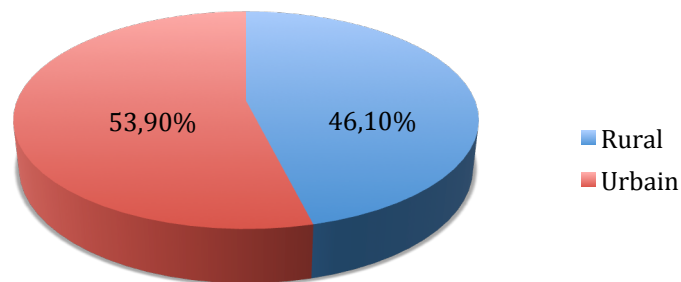


Figure 4 – Type d'activité des répondants

76 personnes (soit 53,90%) exerçaient une activité plutôt urbaine, alors que 65 personnes (soit 46,10%) exerçaient une activité plutôt rurale.

e) Mode d'installation

142 personnes ont répondu à cette question.

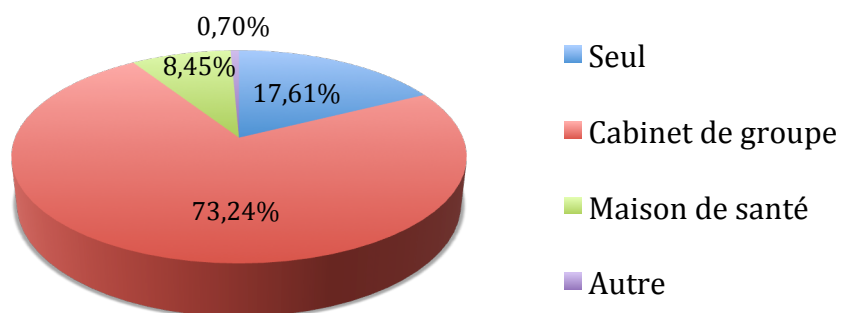


Figure 5 - Mode d'exercice des répondants

104 des répondants (soit 73,24 %) exerçaient dans le cadre d'un cabinet de groupe, 25 des répondants (soit 17,61%) exerçaient seul, 12 (soit 8,45%) dans le cadre d'une maison de santé, et une personne (soit 0,70%) dans le cadre d'un regroupement avec des kinésithérapeutes et infirmières.

f) Situation personnelle

142 personnes ont répondu à cette question.

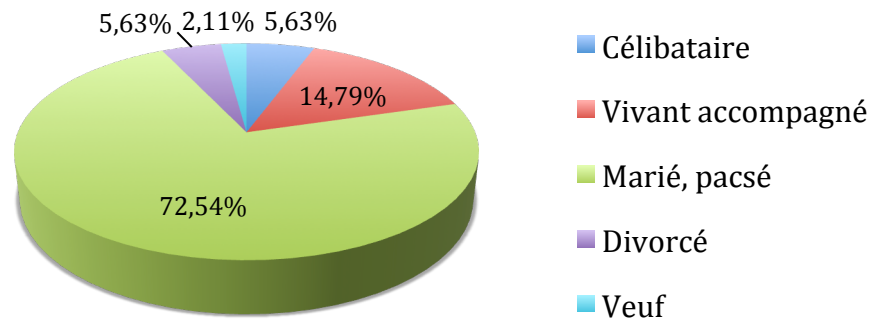


Figure 6 – Situation personnelle des répondants

103 des répondants (soit 72,54%) étaient mariés ou pacsés, 21 personnes (soit 14,79%) vivaient accompagnées, 8 (soit 5,63%) étaient divorcées, 8 également (soit 5,63%) étaient célibataires, et enfin 3 des répondants (soit 2,11%) étaient veufs.

3. Le médecin généraliste et sa famille

a) Fréquence de confrontations aux demandes de soins des proches

142 personnes ont répondu à cette question.

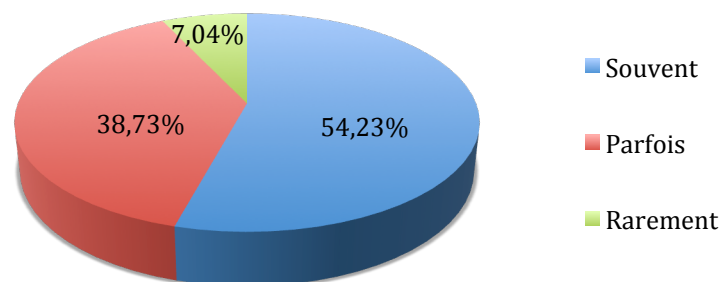


Figure 7 – Fréquence de confrontation des médecins généralistes aux demandes de soins de leurs proches

Parmi les répondants, tous ont déjà été confrontés à une demande de soins de la part de ses proches. 76 (soit 54,23%) l'ont été souvent, 54 (soit 38,73%) l'ont été parfois, et 10 (soit 7,04%) rarement.

b) Attitude des médecins généralistes face à ses demandes fonction du lien affectif.

141 personnes ont répondu à cette question.

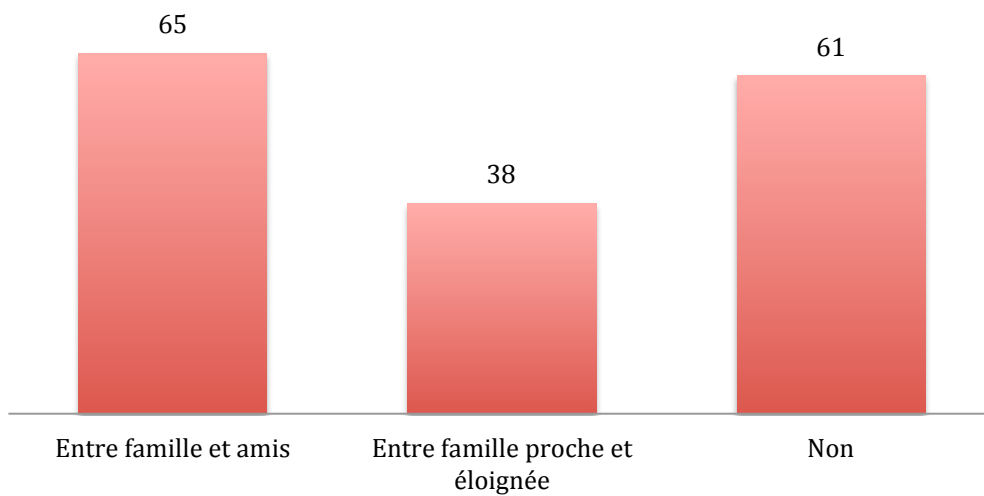


Figure 8 – Différence d'attitude des médecins généralistes face à ces demandes selon le lien affectif.

65 des répondants estiment avoir une attitude différente si la demande de soins est formulée par une personne de sa famille ou un de ses amis, 38 entre un membre de sa famille proche et un membre de sa famille éloignée, et enfin 61 pensent au contraire avoir une attitude identique avec tous ses proches.

À noter que 25 des médecins interrogés pensent avoir une attitude différente dans les deux situations proposées par l'enquêteur.

c) Nature de la différence d'attitude des médecins généralistes

71 des médecins ont apporté des précisions quand à leur attitude qu'ils qualifient de différente selon le proche qui les sollicite dans le cadre d'une demande de soins.

Nous avons pu regrouper ces réponses en cinq notions principales :

- **Prise en charge plus laxiste** : « Banalisation de certains maux » ; « On relativise beaucoup plus » ; « J'ai tendance à ne pas m'investir à 100% ».
- **Prise en charge plus subjective** : « Moins d'objectivité » ; « Source d'angoisse avec moins de discernement » ; « Plus de compassion ».
- **Prise en charge incomplète** : « La prise en charge est moins professionnelle, plus rapide, moins approfondie » ; « Pas d'examen clinique » ; « Inhibition de questions ».
- **Prise en charge limitée** : « refus, hors urgence » ; « Juste conseils ».
- **Surmédicalisation** : « Plus de difficultés à dire non avec peur de l'erreur » ; « Surmédicalisation ».

d) Anticipation universitaire des demandes de soins

141 personnes ont répondu à cette question.

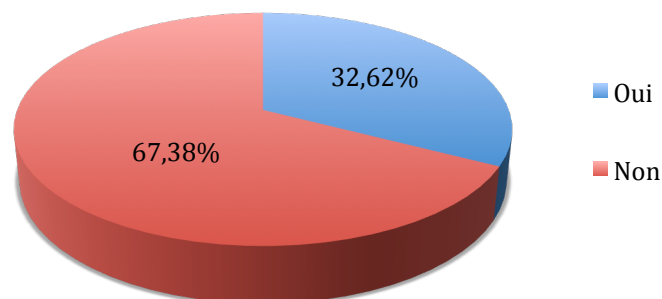


Figure 9 – Fréquence d'anticipation des demandes de soins des proches par les médecins généralistes au cours de leur cursus universitaire

46 médecins généralistes (soit 32,62%) qui ont répondu à ce questionnaire ont, au cours de leur cursus universitaire, anticipé les demandes de soins de leurs proches, alors que 94 (soit 67,38%) n'y ont pas été sensibilisés.

e) Motivation des proches

L'intégralité des médecins généralistes a répondu à cette question.

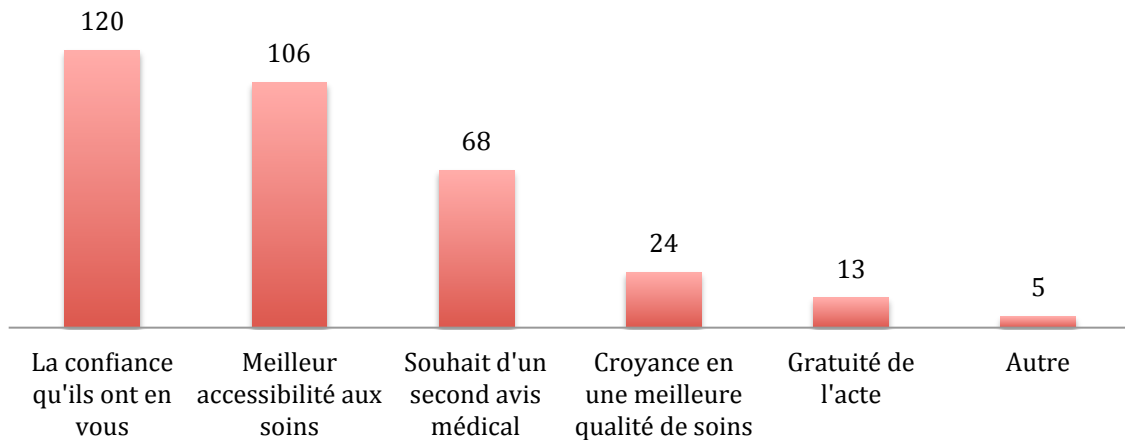


Figure 10 – Motivations des proches à solliciter les médecins généralistes pour une demande de soins.

Parmi les répondants, par ordre décroissant : 120 pensaient que *la confiance que les proches avaient envers eux* les poussait à les solliciter, 106 pensaient qu'ils étaient simplement *plus facilement et rapidement accessibles*, 68 d'entre eux que ces sollicitations rentraient dans le cadre d'un *second avis médical*, 24 estimaient que leurs proches pensaient pouvoir bénéficier d'une *meilleure qualité de soins* avec eux, 13 retenaient une *motivation financière*, et enfin 5 ont répondu par « Autre » dans laquelle on retrouve la notion d'une *discussion plus facile* entre le médecin généraliste et le proche (« honte vis à vis du médecin traitant habituel »), ainsi que le souhait de simplement *partager une information sur son état de santé*.

f) Motifs des sollicitations

Tous les médecins généralistes ont répondu à cette question.

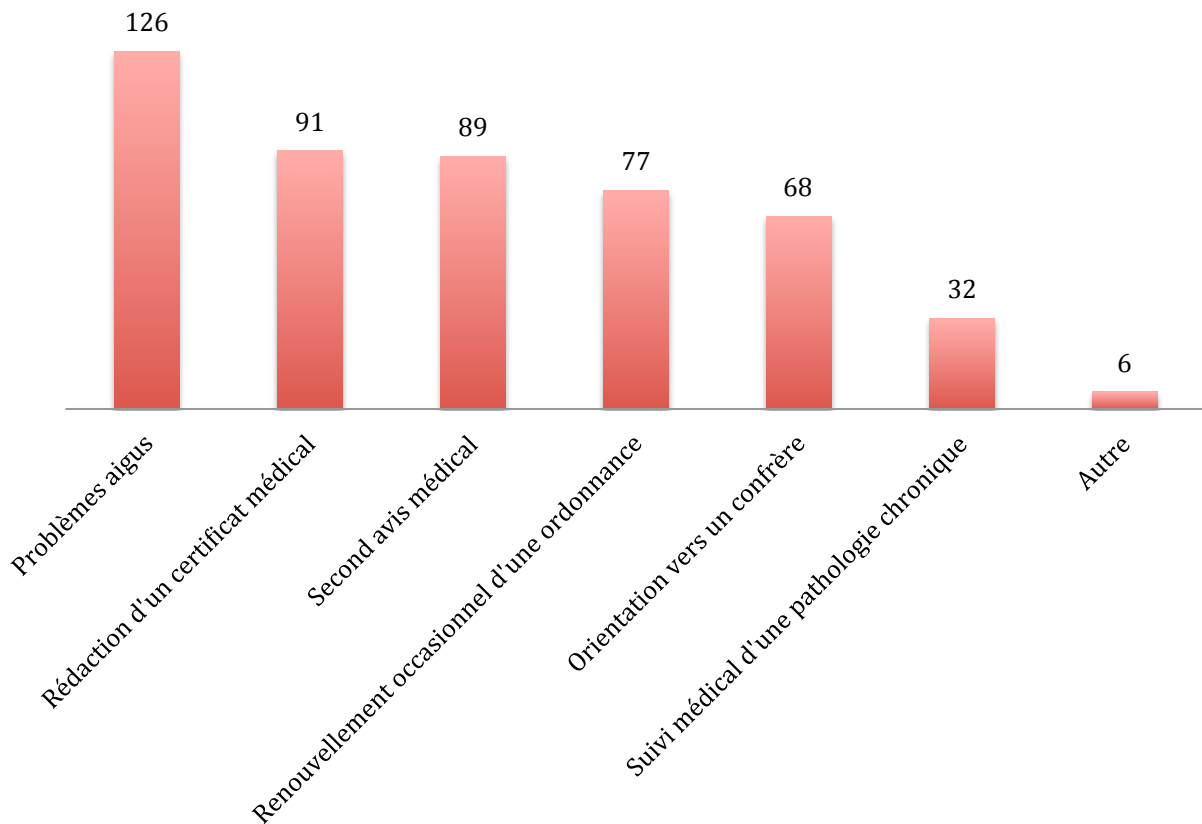


Figure 11 – Motifs des sollicitations des proches

126 des répondants étaient sollicités par leurs proches dans le cadre de *problèmes de santé aigus type virose ou traumatisme*, 91 pour la *rédaction d'un certificat médical*, 89 pour un *second avis*, 77 pour le *renouvellement occasionnel d'une ordonnance*, 68 pour *l'orientation vers un confrère*, 32 pour le *suivi d'une pathologie chronique*, et enfin 6 apportaient la réponse « Autre » où l'on retrouve la notion de *problèmes de santé urgents*, les *connaissances sur les médecines complémentaires*, *l'aide pour la traduction d'un énoncé technique*.

g) Fréquence d'accès aux demandes de soins

142 personnes ont répondu à cette question.

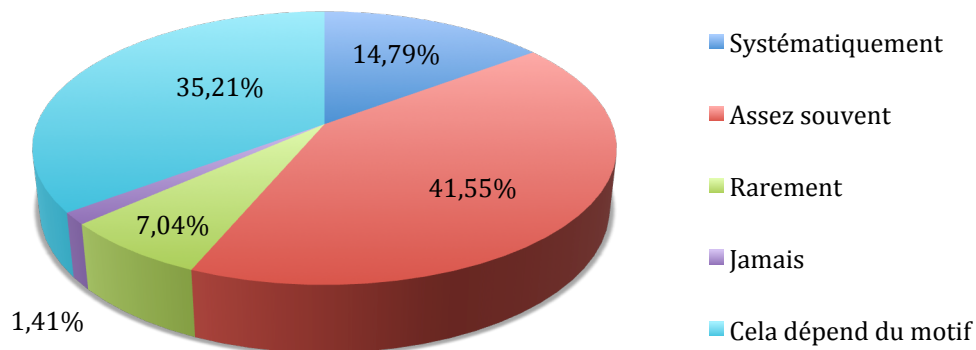


Figure 12 – Fréquence d'accès aux demandes de soins des proches par les médecins généralistes

50 (soit 35,21%) des médecins généralistes interrogés accédaient à la demande de leurs proches en fonction du motif, 59 (soit 41,55%) y accédaient assez souvent, 21 (soit 14,79%) systématiquement, 10 (soit 7,04%) assez rarement et seulement 2 (soit 1,41%) s'y refusaient toujours.

h) Ressenti des médecins généralistes

142 personnes ont répondu à cette question.

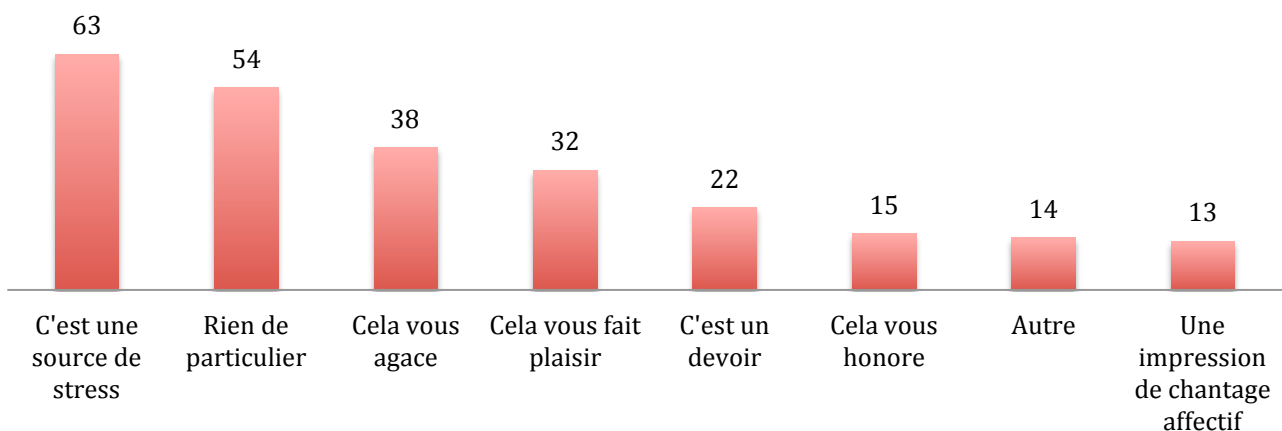


Figure 13 – Ressenti des médecins généralistes à la suite des demandes de soins de leurs proches.

Parmi les répondants, par ordre décroissant : 63 assimilaient ces sollicitations à une source de stress, 54 ne ressentait rien de particulier, 38 étaient agacés, 32 éprouvaient du plaisir, 22 estimaient qu'il s'agissait d'un devoir, 15 s'en trouvaient honoré, 14 apportaient la réponse « Autre » et enfin 13 avaient l'impression d'un chantage affectif.

On retiendra dans la réponse « Autre » une idée clef qui est que le ressenti des médecins varie selon le motif et la légitimité de la demande.

i) Une dernière remarque des médecins généralistes

Sur ce thème, certains des répondants (31) ont voulu apporter des précisions. On en retiendra trois idées :

- ***Le ressenti varie avec la fréquence et les conditions de la demande :***
« L'impression ressentie est très variable car elle est fonction de la demande, de son contexte, de l'attitude de la personne qui le demande... » ; « Il existe une multitude de cas particuliers ».
- ***Nécessité et importance de la mise en place d'un cadre dès le début avec son entourage :*** « Savoir se positionner tantôt en médecin puis en ami ou en tant que membre de la famille » ; « À mon sens, l'important est de poser les limites avec ce patient particulier ».
- ***Une crainte de la perte d'objectivité avec des conséquences graves en cas d'erreur :*** « Ma seule crainte en soignant des membres de ma famille proche est d'être moins vigilant sur les symptômes » ; « J'ai d'autant plus peur de me tromper que les conséquences sur mes proches seront plus difficiles à gérer pour moi ».

4. Le médecin généraliste et ses patients

a) Fréquence d'interruption du suivi d'un patient proche

Les 142 médecins généralistes ont répondu à cette question.

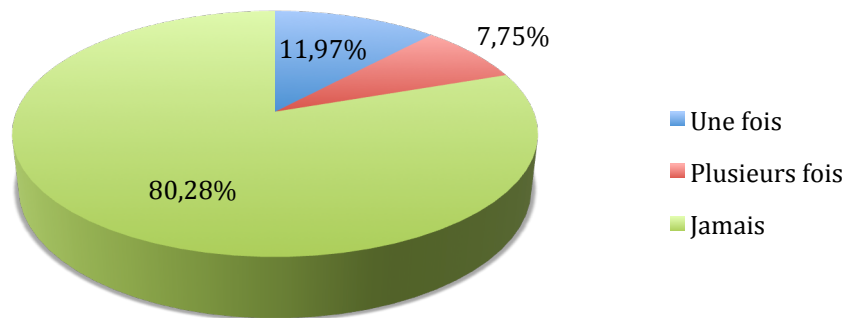


Figure 14 – Fréquence d'interruption du suivi d'un patient trop proche

7 (soit 7,75%) des médecins répondants déclarent avoir déjà arrêté une fois le suivi d'un patient qu'ils estimaient trop proche, 11 (soit 11,97%) l'ont déjà fait plusieurs fois, mais la grande majorité (soit 114, 80,28%) n'ont jamais eu à le faire.

b) Contexte et méthode d'arrêt du suivi d'un patient trop proche

Nous avons ensuite demandé aux médecins généralistes, qui ont déjà interrompu le suivi d'un patient qu'ils estimaient trop proche, les raisons et le contexte de cet arrêt.

Nous avons retenu, parmi les 30 réponses apportées, six motifs. Ceux-ci étant les plus fréquemment cités :

- **Problèmes psychologiques ou psychiatriques** : « Contexte de problème psychologique ».
- **Relation devenue conflictuelle** : « Dans un "pétage de plombs", je lui ai redonné son dossier » ; « Demande d'arrêts de travail trop fréquents, refus pour la première fois d'où fâcherie et arrêt du suivi !! ».
- **Erreur médicale** : « J'ai décidé de ne pas réaliser un TDM cérébral pour ne pas dramatiser des céphalées récentes et j'ai loupé un adénome ».

hypophysaire. Cela ne me serait pas arrivé dans un contexte plus distant. J'aurai été plus prudente. ».

- **Nécessité d'une prise en charge touchant la sphère intime :** « la "maladie" demandait des questions trop intrusives trop personnelles... ».
- **Commun accord avec le patient :** « Patiente devenue compagne d'un ami très proche. La décision s'est prise d'un commun accord ».
- **Perte en objectivité :** « Je l'ai orienté vers un confrère car la proximité altérerait la prise en charge ».

Quant à la manière de procéder, deux méthodes reviennent parmi les réponses :

- **Explications et dossier médical donnés :** « Je lui ai expliqué que c'était gênant pour moi » ; « Je lui ai redonné son dossier médical en main propre en lui disant que je ne me sentais plus capable de le prendre en charge médicalement sereinement ».
- **Orientation vers un confrère :** « Simple demande de prendre un autre médecin traitant » ; « Je les ai orienté vers des confrères pour un suivi plus impartial ».

c) Évolution de la relation médecin-patient

Un médecin n'a pas répondu à cette question.

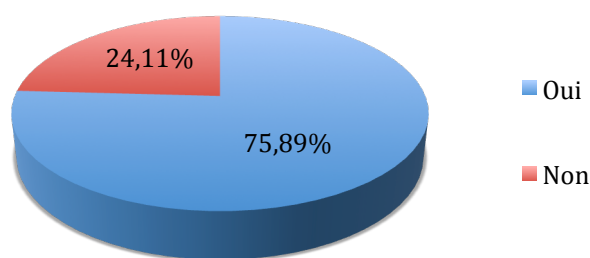


Figure 15 – Évolution de la relation médecin-patient ces dernières années selon les médecins généralistes

107 médecins (soit 75,89%) ont répondu positivement à la question « Avez-vous constaté une évolution de votre relation avec vos patients ces dernières années ? », alors que 34 (soit 24,11%) n'ont pas remarqué de changement significatif.

Nous avons interrogé, ensuite, les médecins généralistes sur les raisons de cette évolution. 35 d'entre eux n'ont pas apporté de réponse à cette question.

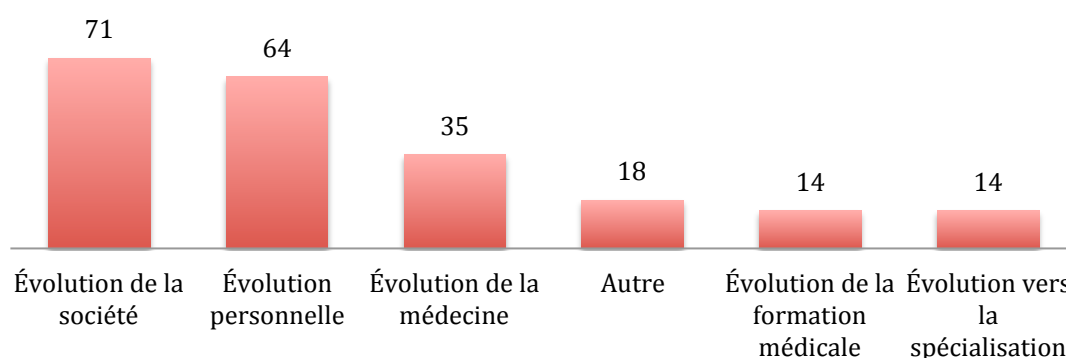


Figure 16 – Raisons de l'évolution de la relation médecin-patient ces dernières années selon les médecins généralistes.

Parmi les répondants, par ordre décroissant : 71 rendaient cette évolution concomitante à une évolution de la société, 64 à une évolution personnelle, pour 38 elle était corrélée à l'évolution de la médecine, 18 apportaient la réponse « Autre », 14 d'entre eux pensaient que l'évolution de la formation médicale en était une raison

et enfin 14 estimaient que c'était l'évolution vers la spécialisation qui avait engendré ce changement dans la relation médecin-patient.

On retiendra dans les réponses « Autre » trois raisons qui sont :

- ***L'attachement affectif au patient*** qui se crée avec les années de suivi.
- ***L'apparition d'internet.***
- ***La désertification médicale*** qui a permis une prise de conscience des patients sur la préciosité du lien avec le médecin.

d) Une dernière remarque des médecins généralistes

Sur ce thème, certains des répondants (36) ont voulu apporter des précisions sur leurs réponses. On en retiendra trois idées :

- ***Installation trop récente pour constater un changement dans la relation avec leur patient :*** « Je ne suis installé que depuis 4 ans 1/2, le délai est surement trop court pour y voir un changement » ; « Installation trop récente pour pouvoir constater une évolution de ma relation avec mes patients ».
- ***Évolution vers une médecine de consommation que nombreux d'entre eux regrettent :*** « Rôle néfaste des médias qui présentent la santé comme un bien de consommation comme un autre » ; « Société de consommation et médecine de consommation ».
- ***L'évolution de la relation va de paire avec l'autonomisation du patient devenu acteur de sa propre santé :*** « Les patients sont, pour ceux que je croise, de plus en plus autonomes. Ils ont déjà "épluché" leur pathologie et viennent chercher une aide à la réflexion plutôt qu'une prise en charge aveugle ».

5. De la médecine de famille à la spécialité médecine générale

a) Notion de médecin de famille

Nous avons demandé aux médecins généralistes de donner une définition brève de la notion de **médecin de famille**.

131 médecins ont répondu à cette question.

Il en ressort huit notions :

- Un ***suivi intergénérationnel*** pour 36 des répondants.
- Une ***vision globale du patient*** pour 50 répondants.
- Une ***proximité et disponibilité*** de la part du médecin envers ses patients pour 26 répondants.
- Un ***médecin de premier recours, de soins primaires*** pour 14 répondants.
- Un ***suivi au long terme*** pour 29 médecins.
- Un ***médecin référent, un guide*** pour 20 répondants.
- Une ***définition désuète*** pour 7 médecins.

b) Notion de spécialiste en médecine générale

Nous leur avons demandé par la suite de donner une définition de la notion de **spécialiste en médecine générale**.

127 des médecins ont répondu à cette question.

On retrouve parmi les réponses six définitions :

- Son rôle repose sur la ***marguerite des 6 compétences*** (Annexe 4) du médecin généraliste pour 58 d'entre eux.
- Une ***reconnaissance*** de la part du corps médical et de la société pour 18 médecins.
- Une ***obligation de formation*** pour 5 médecins.
- Une ***relation plus distante*** avec les patients selon 9 répondants.

- Le spécialiste en médecine générale est celui qui est **omniscient en médecine** pour 21 médecins.
- Un **artifice** pour 23 médecins

c) Médecin de famille ou spécialiste en médecine générale

Dans le but de rendre possible l'interprétation des résultats à cette question nous l'avons divisé en deux sous-questions.

La première concerne le rôle que se donnent les médecins généralistes. La seconde, si les deux notions citées sont identiques ou distinctes.

Nous considérons que tous les médecins ont répondu à cette première sous-question.

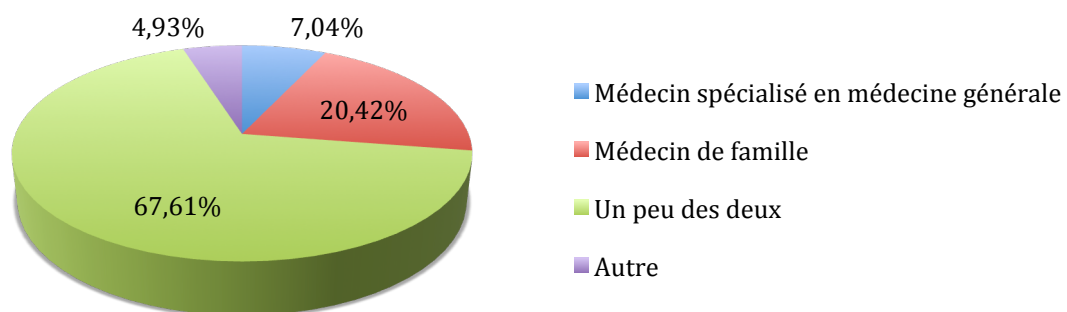


Figure 17 – Définition de leur rôle par les médecins généralistes

96 médecins (soit 67,61%) se définissent comme ayant un rôle intermédiaire entre médecin de famille et spécialiste en médecine générale, 29 (soit 20,42%) se définissent comme médecin de famille, 10 (soit 7,04%) comme spécialiste en médecine générale, et enfin 7 comme « Autre ».

Parmi les réponses « Autre », on retrouve deux définitions supplémentaires du rôle des médecins généralistes :

- Un conseiller
- Un médecin généraliste tout court

Nous considérons que six médecins n'ont pas répondu à cette deuxième partie de la question.

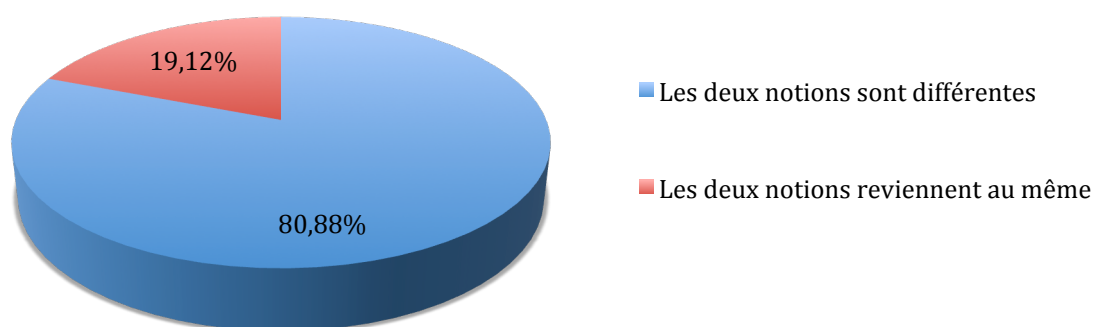


Figure 18 – Comparaison de la définition de notion de médecin de famille et spécialiste en médecine générale

Pour 110 médecins (soit 80,88%) la notion de médecin de famille et médecine spécialiste en médecine générale sont deux notions distinctes, alors que pour 26 (soit 19,12%) ces deux notions reviennent au même.

d) Une dernière remarque des médecins généralistes

Sur ce thème, certains des médecins (26) ont apporté une réponse supplémentaire mais pour la majorité sans lien avec le sujet ou reprenant une idée déjà mentionnée dans leurs réponses antérieures. Nous n'avons donc retenu aucune notion clef supplémentaire.

6. Corrélation des résultats

Nous avons cherché à savoir s'il existait une relation entre les données recueillies et les caractéristiques des répondants : le sexe du médecin généraliste, l'ancienneté et son mode d'installation, son lieu d'exercice et enfin s'il existait un lien entre les réponses apportées aux demandes de soins et leur anticipation par le médecin généraliste au cours de son cursus universitaire.

Nous avons testé l'indépendance des variables à l'aide du test du Chi 2.

Les résultats sont présentés sous forme de tableaux comprenant les valeurs et le résultat du test du Chi 2 (Annexe 5). Le p-value est de couleur rouge et souligné quand le résultat est à la limite de la significativité. Il est également de couleur rouge et en caractère gras s'il est statistiquement significatif, c'est à dire inférieur ou égal à 0,05.

Nous ne reprendrons et expliquerons dans cette partie que les corrélations statistiquement significatives.

a) Corrélation des réponses apportées avec le sexe des médecins généralistes

Le test est à la limite de la significativité statistique lors d'une demande de rédaction d'un certificat ou d'orientation vers un confrère. **Les femmes ont tendance à plus accepter ces prises en charge que les hommes.**

Le test d'indépendance du Chi 2 met en évidence un lien statistiquement significatif entre le sexe et le ressenti des médecins face aux demandes quand celles-ci sont perçues comme un chantage affectif. **Les hommes le ressentent ainsi majoritairement par rapport aux femmes.**

Quand ces demandes provoquent chez les médecins un sentiment d'honneur, **nous sommes à la limite de la significativité statistique chez les hommes.**

Enfin nous retrouvons également un résultat à la limite de la significativité quand nous interrogeons les médecins sur les raisons de l'évolution de la relation médecin-

patient ces dernières années. **Les hommes ont tendance à plus la relier à l'évolution de la formation médicale que les femmes.**

Quant à la question du lien avec l'évolution de la relation avec la spécialisation de la médecine générale, **les hommes apportent cette réponse majoritairement et de manière statistiquement significative.**

b) Corrélation des réponses avec l'ancienneté d'installation

Afin de disposer d'effectifs d'échantillons suffisants pour la réalisation du test du Chi 2, nous avons regroupé les groupes « Moins de 10 ans » et « De 10 à 20 ans » en un groupe « Moins de 20 ans », et les groupes « De 20 à 30 ans » et « Plus de 30 ans » en un groupe « Plus de 20 ans ».

Quand le test s'est révélé significatif, nous avons procédé à une analyse en sous-groupe.

Nous avons donc retrouvé une corrélation **statistiquement significative entre les demandes de rédaction d'un certificat médical et l'installation récente des médecins généraliste, antérieure à 10 ans.** On retrouve également une **corrélation statistiquement significative** quand on interroge les médecins sur les sollicitations pour **un second avis médical avec une prédominance chez les installés depuis moins de 20 ans**, cependant cette corrélation n'est plus significative dans l'analyse en sous-groupe.

On retrouve également que **les médecins installés depuis plus de 20 ans et plus précisément les plus de 30 ans, accèdent majoritairement souvent voir systématiquement aux demandes de soins de leurs proches.**

Au point de vue du ressenti des médecins, nous avons obtenu **un résultat statistiquement significatif pour les médecins installés depuis moins de 20 ans, retrouvé également dans l'analyse en sous-groupe chez les installés depuis moins de 10 ans, quant à l'agacement suscité par ces demandes de soins.**

Alors qu'à contrario **les médecins installés depuis plus de 20 ans et plus précisément ceux installés depuis plus de 30 ans ne ressentent rien de particulier majoritairement.**

Nous sommes à la **limite de la significativité statistique chez les installés de moins de 20 ans quant au stress que ces demandes provoquent**, mais ce résultat n'est pas confirmé par l'analyse en sous-groupe.

Enfin quant aux raisons évoquées de l'évolution de la relation médecin-patient ces dernières années, nous retrouvons un **résultat statistiquement significatif pour un lien entre l'évolution de la société et de la médecine comme responsable d'une modification de la relation médecin-patient et une installation ancienne de plus de 20 ans.** Alors que **les médecins installés depuis moins de 20 ans, de manière la aussi statistiquement significative, rapportent majoritairement un lien avec une évolution personnelle.** Cependant cette significativité ne se retrouve pas dans l'analyse en sous groupe probablement du fait de certains effectifs trop faibles.

c) Corrélations des réponses avec le lieu d'exercice.

Nous retrouvons lors du test du Chi 2 qu'un seul résultat significatif dans cette partie.

En effet les médecins installés en milieu urbain ressentent majoritairement du stress lors des demandes de soins de leur proche par rapport à leurs confrères installés en milieu rural.

d) Corrélation des réponses avec le mode d'exercice

Dans le but de pouvoir réaliser cette étude, nous avons du, là encore, regrouper les effectifs en deux groupes. Tous les médecins installés en association, ou exerçant en maison de santé ont été regroupés sous le terme « Associé », les médecins exerçant seul seront dans le groupe « Seul ».

Nous retrouvons un résultat à la limite de significativité quant à **la fréquence des demandes de soins par leur proche, les médecins exerçant seuls auraient tendance à être plus fréquemment sollicité.**

Au sujet des motifs de ces demandes **les proches auraient tendance, devant un résultat à la limite de la significativité statistique, à demander plus un renouvellement occasionnel d'ordonnance aux médecins installés seuls qu'à ceux installés en groupe.**

Une demande pour un second avis médical est retrouvée majoritairement et de manière significative chez les médecins installés en groupe, alors que la demande de suivi médical serait statistiquement plus fréquente avec un médecin installé seul.

Enfin, nous retrouvons un **résultat statistiquement significatif chez les médecins installés en groupe qui rapportent majoritairement une évolution de la relation avec leurs patients.** Mais ce sont **les médecins installés seul qui l'attribuent à une évolution de la société de manière significative.**

e) Corrélations avec l'anticipation universitaire de ces demandes

Aucun lien statistique n'a pu être démontré entre la fréquence d'acceptation des demandes de soins et le ressenti des médecins avec le fait qu'ils aient ou pas anticipé ces demandes au moment de leur cursus universitaire.

f) Corrélations des facteurs d'influences entre eux

Nous retrouvons un lien statistiquement significatif entre l'ancienneté d'installation et le sexe des médecins. En effet, parmi les médecins installés depuis longtemps, nous pouvons constater une majorité d'hommes, 25 contre 6 femmes. Cet écart se réduit considérablement chez les jeunes installés avec 31 femmes contre 21 hommes.

Par ailleurs, nous avons un résultat proche de la significativité statistique entre l'ancienneté et le lieu d'installation. 59% des médecins installés depuis moins de 20 ans le sont en milieu urbain, alors que 56% des médecins installés depuis plus de 20 ans le sont majoritairement en milieu rural.

Résultats : Les entretiens

1. Résumé des entretiens

Sept entretiens ont été nécessaires pour obtenir une saturation des données. Ils ont tous été réalisés au sein des cabinets médicaux des médecins interrogés à différents moments de la journée.

Nous avons procédé à une retranscription intégrale des enregistrements audio des entretiens (annexe 3).

Entretien 1 : Médecin généraliste **femme** exerçant en **milieu rural** et installée depuis **20-30 ans**. L'entretien a duré **5 minutes 10 secondes**.

Entretien 2 : Médecin généraliste de **sex masculin** installé en **milieu urbain** depuis **plus de 30 ans**. L'entretien a duré **21 minutes 40 secondes**.

Entretien 3 : Médecin généraliste de **sex féminin** travaillant en **milieu urbain** et dont l'installation remonte à **plus de 10 ans et moins de 20 ans**. L'entretien a duré **10 minutes et 30 secondes**.

Entretien 4 : Médecin généraliste **homme** exerçant en **milieu rural** depuis **moins de 10 ans**. L'entretien a duré **19 minutes 10 secondes**.

Entretien 5 : Médecin généraliste **homme** installé en **milieu urbain** depuis **moins de 10 ans**. L'entretien a duré **10 minutes 50 secondes**.

Entretien 6 : **Femme** médecin généraliste travaillant en **milieu rural** depuis **10-20 ans**. L'entretien a duré **12 minutes et 20 secondes**.

Entretien 7 : Médecin généraliste de **sex féminin** exerçant en **milieu rural** depuis **moins de 10 ans**. L'entretien a duré **10 minutes et 35 secondes**.

2. La proximité affective dans la relation médecin-patient

Tous les médecins généralistes participants à ces entretiens se réunissent sur l'idée que la proximité affective dans la relation entre un médecin et son patient existe de manière voulue ou non, « *il y en a une, elle se crée [...] c'est une relation entre deux humains* » (**entretien 5**) ; « *Elle ne peut être inexistante* » (**entretien 4**).

Chacun a souligné la complexité de cette relation particulière dans le cadre du soin « *C'est difficile* » (**entretien 2**) ; « *Ce n'est pas forcément une bonne chose* » (**entretien 3**) ; « *Je ne suis pas du tout à l'aise avec ça...c'est assez compliqué* » (**entretien 7**).

Quand on les interroge sur les raisons de ce rapport particulier, il est évoqué en premier lieu le ressenti provoqué par ces situations « *difficile de le vivre et difficile d'en sortir* » (**entretien 1**) ; « *on est forcément tiraillé entre vouloir trop bien faire et vouloir ne pas en faire trop* » (**entretien 2**).

Mais la plupart des répondants, alors qu'ils ont totalement conscience des répercussions qu'a cet affect sur leur prise en charge « *on n'a pas du tout le recul nécessaire pour pouvoir soigner correctement en tout cas tel que ça doit être fait selon les recommandations et autres* » (**entretien 5**), continue de suivre leurs proches « *je soigne mes enfants, malheureusement pour eux* » (**entretien 5**) ; « *mon conjoint* » (**entretien 6**), le médecin de l'**entretien 4** évoque même une anecdote sur la vaccination de ses enfants qu'il ne souhaitait plus réaliser mais qu'il s'est vu contraint de poursuivre à la suite de la demande de sa fille de 6 ans. Idée que l'on retrouve aussi au cours de l'**entretien 5** « *le problème c'est que [...] on est obligé* ».

Par ailleurs, on peut retenir que leur acceptation face à cette prise en charge varie en fonction de la raison des requêtes « *je peux donner un conseil cela ne me gêne pas mais dès que c'est un peu plus poussé je renvoie vers le médecin traitant* » (**entretien 6**) ; « *pour dépanner en cas de pathologie aiguë, oui, pour une pathologie plus chronique, plus compliquée, j'ai un peu plus de mal* » (**entretien 7**).

De manière plus générale, nous retiendrons que bien évidemment la proximité affective dans la relation médecin-patient existe mais que cette dernière peut fausser « *les rapports [...] et après on ne peut plus raisonner [...] de manière neutre* » selon

le médecin de l'**entretien 1**, elle peut parfois donner « *l'impression que je ferai moins bien [...] et en plus que ça me... ce sera plus difficile émotionnellement* » (**entretien 6**). Mais dans certains cas comme le souligne le médecin de l'**entretien 5** « *Ça aide, parce que le patient il a plus confiance* »

3. La place du médecin généraliste dans la relation médecin-patient

Nous avons voulu dans un second temps nous intéresser uniquement au positionnement que prend le médecin dans cette relation.

Chacun des médecins rencontrés et interrogés a évoqué au cours de son entretien la nécessité de mettre en place d'un cadre dans la relation médecin-patient. « *Il faut savoir essayer que cet affectif ne prenne pas trop le dessus [...] pour] discerner bien les bénéfices et risques par rapport aux patients* » (**entretien 7**) ; « *J'essaie d'être professionnelle au maximum [...] de bien faire comprendre qu'on est dans une relation professionnelle et pas proche* » (**entretien 6**). Au cours de son entretien, le médecin **3** souligne parfaitement la complexité de cette mise à distance avec le patient « *il faut toujours marqué une distance, ce qui est plus difficile à mettre [...] si on en met de trop, ça va perturber [aussi] la relation médecin patient* ».

Le médecin de l'**entretien 2** souligne le fait qu'en tant que médecin généraliste « *c'est déjà compliqué d'entendre toute la journée des plaintes* », il faut avoir « *une empathie qui n'est pas de se mettre à la place de l'autre* » même si parfois on peut « *quand même aboutir à ça* ». Il « *faut essayer de s'en prémunir le plus possible. Savoir ne pas trop s'investir* » (**entretien 2**) ; conserver « *une marge de sécurité* » (**entretien 3**), qui selon le médecin de l'**entretien 4** doit être « *variable en fonction des gens que [l'on a] en face de [nous]* ».

Dans ce but, plusieurs techniques sont rapportées au cours des différents entretiens des médecins interrogés.

C'est ainsi que le médecin de l'**entretien 2** aborde un artifice physique « *c'est mon nœud papillon [...] quand je le laisse, je suis dans le cadre de mon exercice professionnel [...] quand j'enlève le nœud papillon, je passe à autre chose* ». Il souligne également que dans cette relation unique, il existe « *des canaux*

d'introduction des sentiments qui sont multiples » et qu'alors « la meilleure des protections c'est la formation ». L'« apprentissage, une analyse transactionnelle [...] s'analyser soi-même, faire du Balint [...] c'est par ces biais qu'on arrive à déceler les choses en fait avant que cela soit compliqué ».

Au cours de l'**entretien 3**, on apprenait que le médecin parvenait à « recadrer le patient quand [il] prend ses aises » par son discours, ses attitudes « Ça m'est arrivé d'être un peu plus froide [...] savoir dire non ». Pour cela, « j'ai fait pleins de formations, j'en parle avec mes confrères en groupe de pairs, en Balint ».

Le médecin de l'**entretien 6** évoque les mêmes formations qui ont pu l'aider dans ce positionnement mais surtout une « supervision personnelle par un thérapeute [...] pour avoir la bonne distance ». Elle évoque également l'expérience acquise au fil des années de pratique comme aide.

L'idée de l'évolution de la pratique et de l'évolution personnelle avec le temps émerge également au sein de l'**entretien 4** « je sais que j'ai changé ma façon de travailler, d'être avec les gens depuis plusieurs années où je suis installé maintenant [...] même dans ma façon de m'habiller ou d'être avec les gens, j'ai décidé d'être qui j'étais et pas de faire semblant d'être quelqu'un d'autre. ».

Il souligne également l'importance d'une remise à zéro à chaque consultation pour « ne pas mettre de lien » entre son ressenti face au patient ou au motif de consultation et sa relation médecin patient. « J'essaie [...] d'apporter le maximum et d'être le plus présente possible au moment de la consultation. [...] je donne tout à ce moment là et [...] en sortant...mon cerveau fait une distinction, [...] une sorte de distance après qui fait que je ne saurais plus très bien expliquer tout ce qui s'est passé » (**entretien 6**).

Enfin, quand malgré tout l'affectif prend le dessus, le médecin de l'**entretien 7** nous rapporte avoir pris l'habitude d'en parler librement à son patient afin de prendre le temps et la distance nécessaire pour prendre la bonne décision « peut être éventuellement poser la question : Est ce que ça te dérange que je sois toujours ton médecin ? ».

4. L'évolution de la médecine générale et de ses acteurs

Le sujet de l'évolution de la médecine générale et du rôle du médecin généraliste dans la société a systématiquement été abordé au cours des entretiens avec celui de la mise en place de la spécialité de médecine générale.

En premier lieu, on peut noter que chacun des médecins interrogés définit son rôle selon son propre ressenti, sa propre expérience, « *on est gardien de troupeau* » (**entretien 4**), « *on est le médecin du quartier, on est toujours le médecin que les gens viennent voir en premier* » (**entretien 5**), « *on est le maillon de la chaîne [...] le plus important* » , « *le médecin généraliste c'est celui qu'on voit très souvent, [...] celui qui est la plus accessible et le spécialiste [d'organes] c'est celui qui est moins accessible* » (**entretien 7**),

Dans un second temps, on remarque qu'aucun n'a l'impression que la spécialisation de la médecine générale a modifié sa relation avec le patient « *Par rapport aux patients, je ne pense pas qu'ils aient vu la différence* » (**entretien 7**), « *selon moi, ils ne l'ont pas du tout intégré [...] le médecin généraliste est le médecin généraliste* » (**entretien 4**), « *ils reviennent vers nous après pour savoir ce que l'on pense, ils nous font vraiment confiance [...] je trouve qu'on est assez valorisé quand même par les patients* » (**entretien 6**).

Enfin, certains soulignent que cette spécialisation de la médecine générale a fait évolué les mentalités dans le milieu médical « *ça a un petit peu donner de la reconnaissance [...] ça dit clairement qu'on est comme les autres spécialités à un niveau d'expertise* » (**entretien 1**), « *ça a apporté une légitimité à la médecine générale [...] c'est important que l'on soit considéré comme une spécialité parce qu'on nous a longtemps dénigré* » (**entretien 7**), « *les plus vieilles générations [...] sont dans la reconnaissance de ma profession* » (**entretien 3**), même si le tableau est plus sombre pour certains « *[ça n'a] absolument rien changé* » (**entretien 5**) élayant ses propos en rapportant une situation où un psychiatre a refusé de faire un arrêt de travail à un patient préférant l'adresser au médecin généraliste pour que ce dernier réalise la partie « paperasse » de la prise en charge « *c'est ça la considération qu'on a aujourd'hui* » (**entretien 5**).

Cette spécialisation a également, comme le fait ressortir le médecin de l'**entretien 2** installé depuis plus de 30 ans, changé les choses « *fondamentalement* », « *avec la*

mise en place de l'enseignement spécifique, et évidemment l'enseignement par le stage pratique [...] tout ce qui est de la partie personnalité/environnementale de notre exercice avant n'était pas inclus dans la fonction de clinicien, et ça c'est les deux piliers sur les trois de notre exercice », elle a permis également de « [lancer] un petit peu des recherches, des choses comme ça, et ça peut être très intéressant pour faire évoluer les choses » (entretien 7).

5. L'évolution de la famille à travers le regard du médecin généraliste

Nous avons décidé de terminer chaque entretien par une réflexion sur l'évolution sociologique de la notion de famille.

La manière d'énoncer et d'expliquer cette question a évolué au cours des entretiens devant une incompréhension de la part des premiers médecins interrogés. Mais on peut constater que, malgré l'uniformisation du discours, elle a été comprise et donc étudiée sous deux angles. Un point de vue personnel tout d'abord de la part du médecin sur sa propre place dans la Famille, et deuxièmement, un point de vue orienté sur le patient.

a) Le médecin et sa famille

Les premières idées relativement générales ont émergées au sein de l'**entretien 2** « *la famille ça reste la famille [...] C'est des liens qui sont de fait [...] Après ils s'expriment d'une manière, qui dépend elle, d'où en est la société* ». Chacun se construit selon ses liens « *on ne choisit pas sa famille [...] c'est souvent pas simple [...] mais ça reste quand même nos liens, nos références* ». « *Il y a des phases de vie, on a une famille et puis elle évolue* » (**entretien 3**).

Le médecin de l'**entretien 4** a évoqué, non sans gêne initialement, son vécu personnel de ce qu'est sa famille d'origine, sa famille actuelle et la famille dont il est le médecin : « *ma famille d'origine c'est mes parents, c'est ceux qui m'ont donné la vie et puis c'est ceux avec qui j'ai grandi qui ne sont pas automatiquement la famille au sens lien du sang. Ma famille actuelle, c'est celle que j'ai composé avec mes amis autour [...] Et famille dont je suis le médecin [...] globalement j'essaye de ne pas du tout m'occuper de ma famille* ».

b) Le patient et sa famille

Les trois notions, famille d'origine / famille actuelle / médecine de famille ou famille dont vous êtes le médecin, ont été définies par le médecin de l'**entretien 6** selon le regard d'un même et unique patient dont on suit le parcours. Sa famille d'origine correspond à « *l'enfant qu'a pu être le patient par rapport à sa famille [...] d'où le patient est originaire, enfin sa famille d'enfance* », sa famille actuelle comme « *ce qu'il a construit [...] à l'âge adulte* », et la médecine de famille comme reflétant « *son environnement [...] ses relations aussi, famille élargie, famille de cœur, pas forcément de lien officiel, famille symbolique* ».

Alors que pour le médecin de l'**entretien 7**, ces trois notions évoquent, selon elle, trois situations pour des patients différents. La famille d'origine renvoie à « *tu commences à suivre une personne et tu continues à suivre sa famille au fil des générations* ». La famille actuelle a une « *famille qui est venue parce que le mari ou la femme a une formation sur le moment, que c'est sur un an ou deux [...] après ils repartent [...] qui fait qu'on suivra pas l'enfant de A à Z quoi* ». Enfin, elle est plutôt en accord avec la dernière notion « *on peut être une famille dont on est le médecin, oui on peut en créer une entre guillemets* », et termine l'entretien en donnant un exemple concret « *quand on est le médecin d'une famille et que la grand-mère arrive dans le coin ou est en maison de retraite et puis demande qu'elle soit suivie donc il a ce lien là aussi et cette poursuite de suivi là.* »

c) Le médecin de famille

Malgré la reconnaissance de la spécialité médecine générale en 2004, la notion de médecin de famille perdure « *je ne connais pas de médecin spécialiste d'organes qui soit médecin de famille* » (**entretien 4**).

Le médecin de l'**entretien 3**, qui se définit aujourd'hui comme spécialiste de médecine générale, souligne le fait que la fonction de médecin de famille est donnée par le patient et non imposée par le médecin « *Parce qu'on est intégré dans leur famille, ils s'approprient notre personnalité en tant que médecin généraliste en devenant médecin de famille. [...] Donc le médecin généraliste existe à part entière et le médecin de famille je dirais c'est une option* ».

Cette idée est rapporté également au cours de l'**entretien 5** « *ce n'est pas que le regard des médecins [...] c'est aussi le regard du patient* » et de l'**entretien 7** « *un médecin généraliste n'est pas toujours un médecin de famille [...] avec l'évolution des choses* ». Elle souligne néanmoins une motivation propre à certains médecins généralistes pour créer cette intimité avec le patient et sa famille « *certains n'ont pas forcément envie de le faire. Moi, je sais, je vois mes patients je demande toujours des nouvelles des petits tout ça [...] mais ça, ça dépend vraiment de chaque médecin* ».

Dans l'**entretien 1**, il ressort l'idée que le médecin généraliste ou spécialiste en médecine générale ne pourrait laisser sa place au médecin de famille que dans certains régions et plus particulièrement dans les zones rurales « *Les parisiens par exemple n'ont pas de médecin de famille [...] Pour eux c'est un peu un truc qu'on peut quitter [...] qui va pas soigner tout le monde [...] alors qu'à la campagne [...] c'est quand même beaucoup plus important et ça ressemble plus à un médecin vraiment d'une famille* ».

A contrario de tous les autres participants, le médecin de l'**entretien 2** estime que « *ce médecin de famille tel qu'on le présentait n'a rien à voir avec le médecin généraliste en tout cas d'aujourd'hui qui est plus un spécialiste de médecine générale qui va, qui sait, qui est un référent technique on va dire du soin* », « *c'est une différence fondamentale* », « *le médecin de famille a cette connotation de paternalisme et de prise en charge dans le mauvais sens du terme. [...] c'était oui entamer l'autonomie des gens, leurs décisions, leurs gestions de la maladie* ».

Discussion

1. Principaux résultats de l'étude et comparaisons aux données de la littérature

a) La prise en charge par le médecin généraliste des membres de sa famille

Au cours de l'élaboration de ce travail et de nos recherches, nous avons pu constater que les sociétés anglo-saxonnes se sont interrogées depuis longtemps sur la conduite à adopter en cas de sollicitations par ses proches. En effet dès 1803 Thomas PERCIVAL, médecin et philosophe anglais, considérait que l'éthique médicale voudrait qu'on ne soigne pas ses proches.³⁴ En 1991, LA PUMA et al³⁵ avaient mené une enquête auprès de médecins hospitaliers à Chicago portant sur les questions à se poser avant de répondre à une demande de soins d'un de nos proches. Cette étude a abouti à la rédaction d'une recommandation par the American Medical Association (AMA) en 1993 dans le cadre du Code of Medical Ethics³⁶ incitant les médecins à ne pas soigner leurs proches.

En revanche, en France, aucune mention de cette prise en charge particulière dans le code de la santé.³⁷ Seul le conseil national de l'ordre des médecins souligne en 2009 que « *l'objectivité nécessaire à l'action du médecin s'accommode mal de sentiments subjectifs* ».

Dans notre étude, tous les médecins interrogés soulignent le fait d'avoir été sollicités au moins une fois par un proche pour un problème de santé. Ce résultat est similaire à ce que nous retrouvons dans le travail du Dr MARIN-MARIN³², ainsi que dans l'étude de LA PUMA³⁵ et d'autres études anglo-saxonnes³⁸⁻⁴². Seulement deux médecins ont répondu n'avoir jamais accédé à ces demandes, et notons que la plupart y accèdent malgré leurs réticences.

Alors pourquoi cette acceptation malgré leur pleine conscience des limites de leur prise en charge (subjective, incomplète, laxiste ou au contraire surmédicalisée) ?

Les principales justifications apportées sont les suivants :

- La crainte du conflit

Le « non » est souvent incompris par les proches du fait d'une confusion des rôles professionnel/personnel comme décrit dans le travail du Dr DAGNICOURT⁴³. Il le prend alors comme un affront personnel pouvant aboutir à une querelle.

- Un sentiment d'obligation

C'est après tout écrit dès les premières lignes du serment d'Hippocrate « *Je donnerai mes soins [...] à quiconque me les demandera* ». Il est donc contre-nature pour le médecin de ne pas accéder à la sollicitation de son proche. D'autre part dans le contexte actuel des déserts médicaux, il peut être impératif de répondre à cette demande, le proche n'ayant pas d'autres possibilités à sa disposition pour accéder aux soins. Peut se mêler alors un sentiment de satisfaction et d'honneur (exprimé par 47 médecins dans le questionnaire).

- Un sentiment de responsabilité

Lié au précédent et pouvant entraîner une surmédicalisation par crainte de l'erreur médicale. Il renvoie aussi à la peur de devenir l'annonceur de pathologie grave.

Le Dr Manasterski³³ retrouve ces mêmes ressentis dans son travail de thèse, et les caractérise de freins à la prise en charge médicale des membres de famille. Néanmoins il soulève l'idée que l'attitude et l'acceptation des praticiens sont essentiellement le fruit d'une réflexion personnelle où l'expérience joue un rôle prédominant.

En effet dans notre étude, et dans d'autres travaux^{31,44}, il apparaît que ces sollicitations semblent mieux vécues par les médecins installés depuis de nombreuses années. Ils déclarent majoritairement ne rien ressentir de particulier dans ces cas là et de fait répondent plus souvent favorablement aux demandes, alors que les jeunes installés se disent, pour la plupart, agacés par ces requêtes.

En revanche, nous n'avons pas mis en évidence de différence de réponses selon le sexe, le lieu et le mode d'exercice du médecin généraliste comme nous avons pu le retrouver dans la littérature.^{45,46}

Enfin nous voulons souligner que dans notre étude, les médecins ont précisé que leur acceptation, leur ressenti, leur vécu et la réponse apportée varient principalement selon le motif et les circonstances de la demande. Tout ce qui concerne les pathologies aiguës, conseils médicaux, décryptage du langage médical sont finalement très bien acceptés par les médecins généralistes. En revanche le suivi des pathologies lourdes, intimes ou chroniques, la rédaction de certificat ou le renouvellement d'ordonnance posent plus souvent questions. Cela renvoie au travail de FROMME et al.⁴⁷ qui a établi, en 2008, une classification des situations de demande de soins à risque croissant d'implication de la part des médecins.

b) L'influence de la proximité affective dans la relation médecin-patient

Au cours de nos recherches, nous n'avons pas retrouvé d'études qualitatives menées sur ce sujet précis auxquelles comparer nos résultats.

On peut noter néanmoins que, d'après les médecins interrogés dans notre étude, **cette proximité est un fait**. Des liens se créent au cours du suivi avec le patient de manière conscience ou inconsciente, positive ou négative.

Les aspects positifs de cette proximité sont principalement la connaissance et la confiance du patient acquises au cours du suivi pouvant faciliter la démarche diagnostique et l'observance thérapeutique. **Les aspects négatifs semblent néanmoins majoritaires**. À cause de cette proximité, certains médecins ont du interrompre le suivi du patient. C'est dans cette situation que peut se créer un parallèle avec la prise en charge de membres de sa propre famille.

Cela c'est produit, pour la plupart, dans le cadre de suivi de pathologie touchant la sphère intime (psychologique ou physique), d'erreurs médicales imputées à la perte d'objectivité dans la prise en charge ou encore à la suite d'un conflit. Chacun a procédé de la même manière en expliquant au patient les raisons et motifs de cet arrêt de suivi et de remise du dossier médical ainsi que des coordonnées de confrères pouvant prendre le relai, comme le stipule la procédure du conseil national de l'ordre des médecins.⁴⁸

Afin d'éviter d'en arriver à cet extrême, plusieurs conseils ont pu être recueillis au cours de cette étude. On en retrouve d'autres dans des travaux portant de manière générale sur la relation médecin-patient.^{3,4,7,8}

La **mise en place d'un « cadre »** semble fondamentale dès le début du suivi. Garder une position professionnelle en toutes circonstances permettrait de conserver la notion de « la bonne distance ».^{7,8}

Selon nos médecins répondants, la meilleure des armes semble être **la formation**. En devenant une discipline universitaire, la médecine générale est devenue un domaine de recherche clinique ayant permis de mettre en lumière les connaissances « extra-médicales » nécessaires au spécialiste de médecine générale pour exercer sa profession. Elles lui seront transmises au cours de son internat par le département de médecine générale de sa faculté.⁴⁹

Par ailleurs, plusieurs médecins ont évoqué, au cours de cette étude, le bénéfice d'avoir suivi, dans le cadre de la Formation Médicale Continue,⁵⁰ des formations spécifiques portant sur la relation médecin-patient. Celles-ci leur ont permis une auto-analyse aussi bien professionnelle que personnelle, facilitant leurs échanges avec les patients. C'est aussi dans ce contexte qu'ont été cités les **groupes Balint**⁵¹ **et groupe de pairs**.⁵²

Les groupes Balint, portant le nom de son créateur dont on a cité les travaux au début de ce travail, se focalisent sur la relation soignant-soigné. Partant de la présentation d'un cas clinique par un médecin généraliste dans lequel la relation soignant-soigné pose problème et questionne, d'autres interviennent et réagissent en exprimant leur avis ou émotions, en questionnant dans le but que le narrateur trouve les réponses à ses questions sur sa relation à ce patient au travers d'un autre regard. Aux participants se rajoute un ou deux leaders de formation psychanalytique accrédités par la Société Médicale Balint et dont le rôle est d'assurer la cohésion du groupe, en contenant le travail pour éviter les dérives générales ou personnelles, et surtout d'amener les participants vers les rapports à l'inconscient et leur implication personnelle/professionnelle dans la relation de soin

Les groupes de pairs ont plutôt trait à la pratique médicale stricto sensu. Cependant, ils restent un moment d'échange entre professionnels, de paroles libres sur la pratique de la médecine générale dans toutes ses sphères, abordant, en fonction des cas, la problématique de la relation médecin-patient.

Enfin, nous ne pouvons évoquer la proximité dans la relation médecin-patient sans parler de l'évolution de cette relation ces dernières années.

Trois quart des médecins répondants au questionnaire notaient avoir constaté cette évolution, majoritairement les médecins installés en association. Les médecins installés depuis plus de vingt ans l'ont rattaché à l'évolution de la société et de la médecine, alors que les plus jeunes installés la rapportent à une évolution personnelle. Effectivement, les plus jeunes soulignent le fait que leur installation récente ne leur permettait pas de pouvoir faire un comparatif mais que néanmoins leur pratique personnelle avait pu évolué en même temps que leur prise de confiance et l'acquisition d'expériences, modifiant leur mode de communication et d'échange avec leurs patients.

D'autre part, nombreux sont ceux qui pensent et regrettent que les patients aujourd'hui abordent la question de leur santé et de la médecine générale comme un bien de consommation, entraînant fondamentalement une modification de la nature de l'échange entre le médecin et son patient. Effectivement nous avons pu voir que la mise en place d'un nouveau cadre légal a donné au patient des droits²³. La création de la démocratie sanitaire, décrit par Philippe BATIFOULIER professeur d'économie⁵³, a introduit l'idée que le médecin n'était pas le seul expert de la maladie. Si le professionnel dispose d'un savoir scientifique et technique, le patient reste la première des « parties prenantes ». Il devient acteur et responsable de sa santé autant que le médecin généraliste. La position dogmatique et paternaliste du médecin généraliste n'existe plus aujourd'hui, le médecin généraliste est devenu un expert, un conseiller auprès duquel le patient vient chercher un savoir qu'il n'a pas dans le but d'améliorer sa santé. Malheureusement pousser ce raisonnement à l'extrême et coupler aux nouveaux moyens d'informations type internet, peut amener certains patients, se définissant eux même comme « savant » de leur santé, à ne plus respecter et prendre en compte les connaissances du médecin rendant l'échange et la prise en charge plus difficile.

c) Le médecin de famille et le spécialiste en médecine générale

Pour étudier la question du rôle que se donne le médecin généraliste aujourd'hui au sein de cette société, nous avons fait le choix de prendre comme référence la définition de la WONCA de 2002.²⁴

Ce choix nous a paru légitime car elle confie aux médecins généraliste-médecin de famille, le rôle de médecin de soins primaires eux-mêmes définis depuis 1978 par l'OMS comme « *des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays.* »⁵⁴

Nous avons été interpellés par le fait que cette définition ne différencie pas la médecine de famille de la médecine générale, et ce même au sein de ses révisions de 2005 et 2012.

Au sein de notre étude, nous avons pu constater que près de 81% des médecins pensent pourtant que le médecin de famille et le médecin généraliste, aujourd'hui spécialiste de médecine générale, sont deux notions différentes dans une approche systémique. Comme 67% déclarent porter les deux casquettes au sein de leur pratique, on peut dire que les deux notions sont, en fait, complémentaires.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence en fonction du sexe, de l'ancienneté, du mode ou du lieu d'installation.

Selon eux, le médecin de famille fait écho aux notions d'un suivi au long cours, intergénérationnel permettant une vision globale du patient. Le médecin devient alors un référent proche, disponible, de premier recours pour le patient. Nous retrouvons donc quatre des compétences citées dans la définition de la WONCA.

Le spécialiste de médecine générale semble correspondre, du point de vue des médecins interrogés, plutôt à un artifice, un titre donné permettant la reconnaissance d'une formation initiale omnisciente de la part de nos pairs et de la société, et qui impose aux médecins des missions sociétales. La « Marguerite des compétences » est également citée.

La « Marguerite des compétences », inspirée de la représentation de *CanMeds*, a été créée pour illustrer les six compétences génériques et transversales, incluant l'ensemble des missions du médecin généraliste. Elles ont été élaborées par un consensus d'experts en 2009 sous l'égide d'une mission ministérielle et sous contrôle du Collège Nationales de Généralistes Enseignants.⁵⁵ Cette dernière englobe les onze compétences détaillées par la WONCA.

Il en découle que le médecin spécialiste en médecine générale formé en France aujourd'hui suit à la lettre le rôle qui lui est confié par le ministère de la santé français mais aussi celui défini par la WONCA.

En pratique, nous pourrions donc dire qu'en France **la notion de médecin de famille décrit par la WONCA existe toujours, mais ne serait qu'une facette de la spécialité médecine générale**. Effectivement dans le discours des médecins interrogés, on retrouve l'idée que l'évolution de la société, les déménagements pour raisons professionnelles, l'ouverture vers le monde occasionnent souvent la suspension ou l'interruption du suivi médical pourtant essentiel à la pratique de la médecine de famille tel qu'ils l'entendent. Dans ces situations, où le modèle familial traditionnel évolue, il semble donc que le médecin de famille s'efface pour laisser place au spécialiste de médecine générale.

Enfin il nous semble important de souligner un fait émergeant au travers de cette étude ; la notion de la médecine de famille et la pratique de la médecine générale, en tant que spécialité, s'imposent au médecin généraliste. **C'est le patient qui détermine le rôle qu'aura le médecin dans la prise en charge de sa santé et non l'inverse.**

2. Limites et forces de l'étude

Il a été recensé par la DRESS en 2017, 714 médecins généralistes exerçant en Charente Maritime en libéral exclusivement dont 35,3 % de femmes et 64,7% d'hommes. Leur moyenne d'âge était de 51,5 ans.⁵⁶ Notre échantillon était donc *plus jeune* avec une moyenne de 48,10 ans mais surtout nous avons obtenu une *majorité de réponses formulées par des femmes* représentant 52,11% des médecins répondants. **Notre échantillon est donc peu représentatif de la population générale installée en Charente Maritime.**

Le taux de réponses au questionnaire de 31,62 % est équivalent aux chiffres retrouvés dans d'autres travaux de thèse basés sur le même type d'étude qualitative et de sujet proche. Le nombre d'entretiens réalisés est inférieur à celui retrouvé dans ces mêmes travaux,^{44,57} plutôt aux alentours de 15-20 entretiens semi-dirigés. L'arrêt de cette analyse étant également basé sur la saturation des données, et donc déductive, nous pouvons incriminer **le manque d'exhaustivité du guide d'entretien et la subjectivité de l'enquêteur.**

De plus le manque d'expérience de l'enquêteur qui se livrait pour la première fois à l'exercice des entretiens, et le sujet de l'étude portant sur le ressenti personnel des médecins ont fait que **certaines réponses ont pu être inhibées par une pudeur et une difficulté légitime à parler de soi** et ainsi introduire un **biais déclaratif** au sein de l'étude.

Le choix de la méthode semble, néanmoins, adaptée à l'étude. Le questionnaire a permis d'obtenir un nombre de réponses statistiquement valable, même s'il est à noter que, pour la réalisation du test d'indépendance des variables par le test Chi 2, l'effectif de certains groupes étaient trop faibles nous obligeant à faire des regroupements pour rendre les réponses analysables.

Les entretiens ont permis une spontanéité de réponses et un approfondissement de la réflexion, un nouveau regard sur la question de l'étude que le questionnaire n'avait pas réussi à mettre en avant. Seul le recrutement, basé uniquement sur les connaissances du directeur de thèse, de l'enquêteur ou sélectionné parmi les répondants aux questionnaires, induit un biais. Conscient de cela, l'enquêteur a tenté de sélectionner les participants selon l'âge, le lieu et l'ancienneté d'installation afin de que l'échantillon soit le plus homogène possible.

3. Perspectives

Le sujet de la proximité affective dans la relation de soin et en particulier avec les proches, du point de vue du médecin, a fait l'objet de nombreuses thèses. L'extrapolation de ces travaux à la notion de médecin de famille développé par la WONCA nous a semblé être une nouveauté intéressante à explorer. Il pourrait l'être tout autant de recueillir l'avis des patients à ce sujet. Un travail complémentaire dans ce sens pourrait être mené.

Il semble également que les jeunes installés soient plus réticents à soigner leurs proches et se méfient plus de l'influence de la proximité affective dans la relation de soins que leurs aînés. Nous n'avons pas pu mettre en évidence de corrélation franche dans ce cas de figure au travers de cette étude, mais il pourrait être intéressant de mener un travail plus ciblé sur ce sujet pour en connaître les raisons précises. Cela pourrait aboutir à mettre en place une sensibilisation précoce et un enseignement particulier au cours du cursus universitaire pour aider les futurs médecins à répondre au mieux aux sollicitations de leurs proches.

Conclusion

La prise en charge de la santé des membres de sa famille est un sujet épineux pour chaque médecin. Même si elles ont pu être anticipées, le médecin généraliste sera exposé aux sollicitations de ses proches qu'il le veuille ou non. Nous avons pu voir au travers de ce travail que tous avaient conscience de la spécificité de cette prise en charge dans ses aspects positifs et négatifs et que tous en éprouvaient une grande méfiance. Ne pouvant être évitées et pour se prémunir du retentissement qu'elles peuvent avoir, la sensibilisation dès le début du cursus universitaire basé sur un échange d'expériences ou le suivi de formations spécifiques pourraient permettre au médecin généraliste d'exercer en toute sérénité. Il en va de même pour les proches patients pour lesquels la notion de « bonne distance » doit rester une préoccupation constante.

Cette étude a également mis en évidence que, du point de vue des médecins généralistes installés en Charente Maritime, la notion de médecin de famille existe toujours. Il persiste même un attachement presque viscéral des médecins à cette image de médecin de famille. Bien évidemment, la relation du médecin à son patient et du patient à son médecin a considérablement évolué depuis les cinquante dernières années et ce de manière concomitante à l'évolution sociétale de la notion de Famille, de l'irruption récente de la prise en charge par les patients eux même de leur Santé et de l'apparition dans le paysage médical de la Spécialité Médecine Générale. Il en résulte qu'un même médecin peut avoir figure de médecin de famille pour un patient, et médecin spécialiste en médecine générale pour un autre.

Il est donc essentiel que le médecin généraliste ait une pleine conscience de ces notions afin de rester à l'écoute de chacun sans s'oublier lui-même.

Bibliographie

1. Arlet P, Nicomède R, Delpla P-A, et al. La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale [en ligne]. (page consultée le 21 mars 2018).
http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/Sous-mod-2_et_3_pdf/01_poly_item01.pdf
2. Cosnier J. (1993). Les interactions en milieu soignant. In : Cosnier, Grosjean, Lacoste (dir.), Soins et communication, approches interactionnistes des relations de soins, *Presses Univ. de Lyon*, 17-32.
3. Vannotti M. (2002). L'empathie dans la relation médecin – patient. In : De Boeck Supérieur (ed.), *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* ; no 29, 213-237.
4. Haynal-Reymond V. (2005). L'empathie. *Rev Med Suisse* [en ligne], vol 1, n°30166, (page consultée le 21 mars 2018) <http://revmed.ch/rms/2005/RMS-5/30166>
5. Ricaud MM. (2008) Le contre-transfert : une névrose passagère de l'analyste ? In : L'esprit du temps (ed.) *Topique* ; n°103, 89-100.
6. Terestchenko P. (2010). La question de la « bonne distance » [en ligne], (page consultée le 22 juin 2016) <http://michel-terestchenko.blogspot.com/2010/01/la-question-de-la-bonne-distance.html>
7. Blanchard F. et al. (2006). « Une juste distance pour soigner ? Ou savoir se rendre proche avec respect », *Gérontologie et société*, vol. 29 (n° 118), 19-26.
8. Levinas E. (1979). Le temps et l'autre. Éditions Fata Morgana

9. Hall Edward T. (1971). La Dimension cachée. Paris, Éd. du Seuil. 256 pages
10. Pierron J-P. (2007). Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. In: *Sciences sociales et santé*. Vol 25 (n°2), 43-66.
11. Geadah R-R. (2012). Regards sur l'évolution des soins. *Recherche en soins infirmiers*. vol 2 (n°109), 16-32.
12. Lebret J-M. (2007). Réflexion philosophique sur la relation soignant/soigné [en ligne], (page consultée le 26 mars 2018). <https://www.cadredesante.com/spip/profession/profession-cadre/Reflexion-philosophique-sur-la>
13. Capdeville B. (2013). Les évolutions contemporaines de la famille et leurs conséquences en matière de politiques publiques. *Journal officiel de la République Française*.
14. Fécondité – Bilan démographique 2017 [en ligne]. (page consultée le 26 mars 2018). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892259?sommaire=1912926#titre-bloc-1>
15. Déchaux J-H. (2009). Les transformations de la morphologie familiale. In: Repères. *La Découverte*, 6-26.
16. Singly FD. (2000). La place de l'enfant dans la famille contemporaine. In: Le Parent éducateur. *Presses Universitaires de France*, 67-84
17. Muel-Dreyfus F. (1984). Le fantôme du médecin de famille. In: *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 54, 70-71.
18. Bouton R. (2015). Médecine générale : la rupture des années 1990. *Les Tribunes de la santé*. Vol 48, 39-47.

19. Bouet P, Blanc J-L, Chow Chine E, et al. (2014). La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale [en ligne]. (page consultée le 20 mars 2018). <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnomrepartitionmg.pdf>
20. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.
21. Lancry P-J. (2007). Les conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale. [en ligne] (page consultée le 19 déc 2017). http://www.apima.org/img_bronner/Rapport_Lancry_definitif.pdf
22. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
23. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009
24. WONCA EUROPE (2002). La definition européenne de la medicine générale - médecine de famille. [en ligne] (page consultée le 8 nov 2017). <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
25. WONCA EUROPE (2011). The European definition of general practice / family medicine. [en ligne] (page consultée le 19 déc 2017). <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>)
26. Code de la santé publique - Article L4130-1. Code de la santé publique.
27. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. [en ligne] (page consultée le 19 déc 2017). <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>

28. Engel G. (1977) The need for a New Medical Model - A Challenge for Biomedicine. *Science*. Vol 196 (n°4268), 129-135.
29. Lévy L. (2004) Comment faire un diagnostic de situation. L'approche systémique en médecine générale. *La Revue du Praticien*. Tome 18 (n°674/675), 1482-1486.
30. Bousquet M-A. (2013). Concepts de médecine générale, tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline. Thèse de doctorat : Médecine générale. Paris. Université Pierre et Marie Curie.
31. Beguin M. (2013). Synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin à une demande de soins venant de ses proches. Thèse de doctorat : Médecine générale. Grenoble. Faculté de Médecine.
32. Marin Marin L. (2013). Positionnement des internes en médecines générales face aux problèmes de santé de leurs proches. Thèse de doctorat : Médecine générale. Paris. Université Paris-Diderot.
33. Manasterski F. (2014). Etude des leviers et des freins dans la prise en charge par un médecin généraliste de membres de sa famille. Thèse de doctorat : Médecine générale. Nancy. Faculté de Médecine.
34. Percival T. (1803). Medical Ethics: Or, a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons : to which is Added an Appendix ; Containing a Discourse on Hospital Duties ; Also Notes and Illustrations. Russell S (eds).268
35. La Puma J, Stocking CB, LaVoie D et al. (1991). When Physicians Treat Members of Their Own Families. *New England Journal of Medicine*. Vol 325 (n°18).1290-1294.
36. American Medical Association. Opinion 8.19, Self-treatment or treatment of immediate family members. Code of Medical Ethics, 1993

37. Code de déontologie médicale, Article R 4127-7 du code de la santé publique, 2009
38. Boiko PE, Schuman SH, Rust PF (1984). Physicians treating their own spouses: relationship of physicians to their own family's health care. *J Fam Pract.* Vol 18 (n°6).891-896.
39. Dusdieker LB, Murph JR, Murph WE, Dungy CI. (1993) Physicians treating their own children. *Am J Dis Child.* Vol 147(n°2).146-149.
40. Reagan B, Reagan P, Sinclair A. (1994). « Common sense and a thick hide». Physicians providing care to their own family members. *Arch Fam Med.* .Vol 3 (n°7). 599-604.
41. Walter JK, Pappano E, Ross LF. (2009) A descriptive and moral evaluation of providing informal medical care to one's own children. *J Clin Ethics.* Vol 20 (n°4).353-361.
42. Evans RW, Lipton RB, Ritz KA. (2007). A Survey of Neurologists on Self-treatment and Treatment of Their Families. *Headache J Head Face Pain.* Vol 47 (n°1).
43. Dagnicourt P. (2012). Soigner ses proches, une attitude à raisonner ? Réflexion sur les interférences entre la relation de soin et la relation préexistante par enquête qualitative. Thèse de doctorat : Médecine générale. Angers. Faculté de médecine.
44. Lasserre-Cornec S. (2005). Soigner ses proches en tant que médecin généraliste. Thèse de doctorat : Médecin générale. Lille. Faculté de médecine de Lille.
45. Castéra F. (2005). Le médecin généraliste, médecin de sa famille ? Enquête auprès de 100 médecins généralistes installés en Haute-Garonne sur les soins apportés à leurs proches. Thèse de doctorat : Médecine générale. Toulouse. Faculté de médecine.

46. Cottureau S. (2011). Les médecins généralistes soignent-ils leurs parents ? (Père et Mère): réflexions sur les motivations pour ou contre cette pratique au travers d'analyses quantitatives (255 réponses à un questionnaire) et qualitatives (10 entretiens semi-directifs ciblés). Thèse de doctorat : Médecine générale. Angers. Faculté de Médecine.
47. Fromme EK, Farber NJ, Babbott SF, et al. (2008). What do you do when your loved one is ill? The line between physician and family member. *Ann Intern Med*. Vol 149 (n°11). 825-831.
48. Article 47 - Continuité des soins [en ligne] (page consultée le 8 avr 2018) <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-47-continuite-des-soins-271>
49. Programme du DES de Médecine Générale [Internet]. Université de Médecine de Poitiers; 2017. Disponible sur: <https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/3%20Programme%20du%20DES-MG/Programme%20DES%20MG%202017.pdf>
50. Article 11 - Développement professionnel continu [en ligne] (page consultée le 8 avr 2018). <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-11-formation-continue-235>
51. Les groupes Balint [en ligne] (page consultée le 08 avril 2018) <https://www.balint-smb-france.org/groupe-balint.php>
52. Société Française de Médecine Générale : Groupe de pairs® [en ligne] (page consultée le 08 avril 2018). http://www.sfm-g.org/groupe_de_pairs/
53. Batifoulier P. (2012). Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin. *Revue Française de Socio-Économie*. Vol 10. 155-174.

54. OMS - Soins de santé primaires [en ligne] (page consultée le 11 avr 2018).
http://www.who.int/topics/primary_health_care/fr/
55. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, et al. (2013). Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer - La revue française de médecine générale*. Vol 24 (n°108).148-155.
56. DRESS. ETUDES et STATISTIQUES [en ligne] (page consultée le 4 avr 2018).http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?lF_ActivePath=P,490,497,514
57. Peltz-Aim J. (2012). Comment les médecins se positionnent-ils vis-à-vis des maladies de leur proches ? Enquête qualitative auprès de 22 médecins exerçant en région parisienne. Thèse de doctorat : Médecine générale. Paris. Université Diderot.

Bibliographie rédigée selon les recommandations du Centre de Documentation Pierre BARTOLI (mars 2012).

Annexes

1. Annexe 1 : Questionnaire

SITUATION PROFESSIONNELLE ET PERSONNELLE

2. Vous êtes ? (Une seule réponse possible)
 - Une femme
 - Un homme
3. Quel âge avez vous ?
4. Depuis quand êtes vous installé(e) ? (Une seule réponse possible)
 - Moins de 10 ans
 - De 10 à 20 ans
 - De 20 à 30 ans
 - Plus de 30 ans
 - Autre :
5. Quel type d'activité avez vous ? (Une seule réponse possible)
 - Plutôt urbain
 - Plutôt rural
6. Quel est votre mode d'exercice ? (Une seule réponse possible)
 - Seul
 - En cabinet de groupe
 - Maison de santé
 - Autre :
7. Actuellement vous êtes ? (Une seule réponse possible)
 - Célibataire
 - Vivant accompagné(e)
 - Marié(e), pacsé(e)
 - Divorcé(e)
 - Veuf, veuve

LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET SA FAMILLE

8. Avez-vous déjà été confronté à une demande de soins émanant de l'un de vos proches ? (Une seule réponse possible)
 - Oui, souvent
 - Oui, parfois
 - Oui, rarement
 - Jamais
 - Autre :

9. Avez vous une attitude différente si cette sollicitation vient d'un proche appartenant à votre cercle familial proche ou éloigné ou amical ? (Plusieurs réponses possibles)

- Oui, entre famille et ami
- Oui, entre famille proche et éloignée
- Non
- Autre

10. En quoi diffère-t-elle ?

11. Aviez vous anticipé ces sollicitations au cours de votre cursus universitaire ? (Une seule réponse possible)

- Oui
- Non

12. Qu'est ce qui, selon vous, les motive à vous solliciter ? (Plusieurs réponses possibles)

- Meilleure accessibilité aux soins, plus rapide
- La confiance qu'ils ont en vous
- Croyance en une meilleure qualité de soins
- Souhait d'un second avis médical
- Gratuité de l'acte
- Autre :

13. Pour quel type de prise en charge êtes-vous sollicité ? (Plusieurs réponses possibles)

- Problèmes aigus type virose, douleur, traumatisme...
- Rédaction d'un certificat médical
- Renouvellement occasionnel d'une ordonnance
- Suivi médical d'une pathologie chronique
- Second avis médical
- Orientation vers un confrère
- Autre :

14. Accédez vous à leur demande ? (Plusieurs réponses possibles)

- Systématiquement
- Oui, assez souvent
- Oui, mais rarement
- Jamais
- Cela dépend du motif

15. Que ressentez vous dans ces situations ? (Plusieurs réponses possibles)

- Cela vous fait plaisir
- Cela vous honore
- C'est un devoir
- Rien de particulier, c'est tout à fait normal !

- Une impression de chantage affectif
- C'est une source de stress
- Cela vous agace
- Autre :

16. Optionnel : Une dernière remarque sur le sujet...

LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET SES PATIENTS

17. Avez vous déjà interrompu le suivi d'un patient dont vous vous sentiez trop proche ? (Une seule réponse possible)

- Oui, une fois
- Oui, plusieurs fois
- Non

18. Dans quel contexte ? Comment avez vous procédé ?

19. Avez vous constaté une évolution de votre relation avec vos patients ces dernières années ? (Une seule réponse possible)

- Oui
- Non

20. Si oui, à quelle raison attribuez-vous ce changement ? (Plusieurs réponses possibles)

- Évolution de la société
- Évolution de la médecine
- Évolution de la formation médicale
- Évolution vers la spécialisation
- Autre :

21. Optionnel : Une dernière remarque sur le sujet...

DE LA MÉDECINE DE FAMILLE À LA SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

22. Définissez brièvement ce qu'est pour vous la notion de médecin de famille ?

23. Définissez brièvement ce qu'est pour vous la notion de spécialiste en médecine générale ?

24. Aujourd'hui, que pensez vous être personnellement ? (Plusieurs réponses possibles)

- Médecin de famille
- Médecin spécialisé en médecine générale
- Un peu des deux
- Les deux notions reviennent au même
- Autre :

25. Optionnel : Une dernière remarque sur le sujet...

2. Annexe 2 : Guide d'entretien

- Que pensez vous de l'idée d'être le médecin de ses proches ? (Un exemple ?)
- Que pensez vous de la proximité affective entre un médecin et son patient ?
- Qu'est ce qui fait, selon vous le lien, entre la proximité affective et la gestion des émotions ?
- La définition de la WONCA ne fait pas de différence entre médecin généraliste et médecin de famille, qu'en pensez vous ?
- La spécialisation de la médecine générale a t elle changé quelque chose ? (Professionnellement ? / Personnellement ?)
- Si je vous demande de donner une définition à la notion :
 - Famille d'origine
 - Famille actuelle
 - Médecine de famille / Famille dont vous êtes le médecin
- Une dernière remarque sur le sujet

3. Annexe 3 : Verbatim des entretiens

a) Entretien n°1

Durée : 5'10

Interviewer : « Que pensez vous de l'idée d'être le médecin de ses proches, que cela soit de manière ponctuelle ou de manière suivi ? »

Répondant : « Que c'est une très mauvaise idée. J'ai expérimenté ça avec ma belle-mère il y a une quinzaine d'années et ça était difficile de le vivre et difficile d'en sortir »

« D'accord. Cela s'est fait naturellement la... »

« C'est elle qui voulait en rentrant de l'étranger, j'ai émis des doutes qui n'ont pas été pris en compte et au bout de quelques années, je dirais peut être que je l'ai fait deux trois ans, ne pouvant pas l'examiner correctement je lui ai demandé de trouver un médecin, je lui en ai trouvé un mais ça s'est pas très bien passé. Elle m'en voulait de mon désinvestissement.

« Elle n'a pas compris.. »

« Non. »

« D'accord, très bien. Que pensez vous de la proximité affective entre un médecin et son patient ? »

« Je pense que c'est guère possible. Cela fausse les rapports et ça l'est les vrille et après on ne peut plus raisonner comme avec un autre patient de manière neutre. »

« D'accord donc plutôt un frein qu'un bénéfice ? »

« Ah oui. »

« Qu'est ce qui, selon vous, fait le lien entre la proximité affective et la gestion des émotions ? »

« C'est dans le champs émotionnel mais ce n'est quand même pas tout à fait la même chose. La gestion des émotions on est un peu près capable de la gérer quand on est en face d'un patient parce qu'on a appris à le faire, parce qu'on a une attitude qu'on a travaillé. C'est quand même très différent après sur la gestion de ce qui est du domaine de l'affect et des gens trop proche de nous en fait et du coup on ne peut plus tellement le gérer je pense...ou alors ce n'est vraiment pas facile. »

« Est ce que vous avez en tête la définition de la WONCA par rapport au médecin de famille... »

« Pas du tout »

« Simplement, elle décrit le rôle du médecin généraliste, et elle ne fait aucun parallèle, enfin aucun distinguo entre médecin généraliste et médecin de famille. A chaque fois qu'ils emploient le terme il y a écrit médecin généraliste slash médecin de famille. Est ce que pour vous c'est la même chose ou pas? Qu'est ce que vous en pensez justement de ce parallèle ? »

« Pas toujours...ça peut être la même chose dans certaines circonstances dans certaines régions et puis ça ne peut pas l'être du tout. Les parisiens, par exemple, n'ont pas de médecin de famille voir pas de généraliste du tout. Donc pour eux, le généraliste c'est un peu truc un peu... qu'on peut quitter qu'on peut reprendre, qui va pas soigner tout le monde, qui est un truc un peu léger comme version alors qu'à la campagne ou ce que l'on vit nous ici c'est quand même beaucoup plus important et ça ressemble plus à un médecin vraiment d'une famille de plusieurs générations ou transversales »

« Pour vous, est ce que la spécialisation de la médecine générale depuis 2004, ça a changé quelque chose, que ce soit au niveau personnel ou professionnel ? »

« Ca a un petit peu donner de la reconnaissance dans la mesure où la spécialisation ça dit clairement qu'on est comme les autres spécialités à un niveau d'expertise qui fait qu'on est reconnu dans notre compétence. Sauf que ça c'est nous qui l'avons en tête, c'est pas nécessairement des patients donc on peut être amener à le dire ou qu'ils le sachent pas des reportages ou que cela permettent quand même un peu plus de reconnaissance de notre fonction. »

« Donc de la part de la société, et aussi des autres professionnels de santé ? »

« Oui, oui. »

« Alors si je vous demande de donner une définition à la notion de famille d'origine, qu'est ce que cela évoque pour vous ? Votre famille d'origine ?

« [silence] Cela ne m'évoque pas grand chose ma famille d'origine. Parce que je vois pas exactement sur quels plans on se situe. »

« Alors, en fait c'est justement une notion qu'on retrouve dans l'étude de « ce qu'est un médecin de famille ». On retrouve ces 3 notions : famille d'origine/famille actuelle/famille dont vous êtes le médecin. Est ce que pour vous il y a un distinguo entre ces trois notions ou non pour vous tout se mêle un petit peu. Est ce que cela vous renvoie à quelque chose de très personnel ou le professionnel vient rentrer la dedans. »

« Honnêtement cela ne me parle pas du tout. Je ne fais pas de distinction de ça. »

« Avez vous une dernière remarque par rapport à ce sujet la ? »

« Pour moi cela n'a pas vraiment d'importance la notion de médecin de famille. Je suis plutôt contente de soigner plusieurs générations car cela me conforte dans l'idée que s'il me choisisse encore c'est que j'ai fait du bon travail avant, mais c'est un peu près tout. »

« Cela ne vous aide pas dans le suivi... »

« Un peu, un peu mais pas tant que ça en fait. C'est plus de parler avec le patient qui fait qu'on le connaît, qu'on appréhende sa vie que de suivre plusieurs générations. Parfois cela peut être un poids et un frein parce qu'on a des idées pré-conçues et finalement ce n'est pas toujours aidant. »

« Voila, c'est terminé. Merci »

b) Entretien n°2

Durée : 21'40

Interviewer : « Que pensez vous de l'idée d'être le médecin de ses proches ? »

Répondant : « C'est difficile ! C'est difficile parce que l'on est forcément tiraillé entre vouloir trop bien faire et vouloir ne pas en faire trop. Donc il y a cette complexité là. Et puis le contexte qui n'est pas forcément favorable lorsqu'on n'est pas en condition. Se reconditionner professionnellement et on est dans des circonstances où l'on n'a pas forcément envie, l'on n'est pas forcément apte à le faire. Après un ou deux verres on n'est pas forcément dans les mêmes conditions que l'après midi dans son exercice. Donc voilà c'est plus compliqué. »

« Vous, cela vous ai déjà arrivé à titre personnel de suivre... »

« Oui, oui. Enfin de suivre...sur le plan familial, non ! Sur le plan amical, oui ! Ça m'arrive. Ça m'est même déjà arrivé des fins de vie. C'est forcément plus compliqué.

« C'est quelque chose que vous n'avez pas forcément bien vécu ? »

« Non, non »

« Mais vous continuez toujours à le faire, avec des amis par exemple ? »

« Cela fait parti d'un contrat. À partir du moment où la personne demande, et jusqu'à ce que vous vous sentiez capable de le faire, c'est dans le contrat. Si émotionnellement cela avait été compliqué, si à mes yeux cela avait diminué mes capacités professionnelles, je pense que j'aurai transmis le dossier à un confrère. »

« Et dans ce cas avec vos amis cela se passe dans le contexte du cabinet médical ? »

« Le plus possible. Quand on se voit à titre amical je ne suis pas là pour ça. Je n'ai pas envie d'une part, je ne suis pas en conditions, je ne fais pas forcément faire du bon travail. Si vous voulez qu'on en discute, volontiers, mais on fait ça dans les règles. J'ai pour ça un artifice, c'est mon nœud papillon, que j'enlève quand je rentre chez moi. Quand j'enlève le nœud papillon, je passe à autre chose. Quand je le laisse, je suis dans le cadre de mon exercice professionnel. »

« De manière un peu plus général, que pensez vous de la proximité affective entre un médecin et son patient ? Est ce que pour vous c'est un frein ? Un bénéfice ? »

« La proximité affective, tout d'abord ça dépend à quel niveau. Je crois qu'il y a des liens qui se créent de toutes façons avec le temps, avec les épreuves bonnes ou mauvaises. Quand c'est mauvais de toutes manières en règle générale, ça se termine par une séparation. Mais il y a forcément des liens affectifs qui se créent, ce qui rend les conflits des séparations douloureux. Il faut essayer de s'en prémunir le plus possible. Savoir ne pas trop s'investir finalement, avec les patients on se blinde, mais je pense que cela est nécessaire. C'est déjà compliqué d'entendre toute la journée des plaintes. On est déjà une profession qui est très exposé à ça. Il faut pouvoir se protéger de ça, ce n'est pas toujours facile. Quand on va bien, c'est facile, mais quand on va mal c'est là où le danger guette. C'est là où l'exercice en groupe, à mon avis, est impératif, cela permet quand même d'éviter certaines glissades on va dire. Donc voilà c'est compliqué. Après il peut y avoir d'autres écueils qui sont évidemment les sentiments. Donc ça on est forcément exposé à ça, parce qu'on a une proximité, parce qu'on a une empathie. Une empathie qui n'est de se mettre à la place de l'autre, on peut parfois quand même aboutir à ça. Ça le danger c'est...c'est le transfert contre-transfert. C'est le même problème, ça n'existe pas qu'en psychiatrie, ça existe en tout cas aussi en médecine générale, parce qu'on fait de la psychiatrie et parce qu'on s'occupe d'une personnalité. Donc il est, je ne dirai pas inévitable, mais très probable qu'on tombe amoureux forcément d'un patient, c'est à mon avis inévitable. Après à charge, justement de déceler ça et de remettre à ce moment là de la distance, qui seront de demander à changer. »

« Vous, justement, comment vous avez pu au cours de votre carrière mettre cette distance ? Est ce que vous avez suivi une formation ? Ou est ce que cela c'est fait finalement naturellement au fur à mesure des années ? »

« La meilleure des protections c'est la formation. C'est pareil j'ai fait mes études il y a 30 ans, donc il y a les choses qui ont beaucoup évoluées depuis. Mais quand on sortait de la formation médicale initiale, on savait certes palper un foie, lire une analyse, mais quand il s'agit de gérer une personne, dans une relation duel, enfin duel, à deux, on ne sait pas. Il a fallu donc faire un apprentissage, une analyse transactionnelle, après au delà de ça s'analyser soi-même, faire du Balint. C'est par ses biais là, qu'on arrive à déceler les choses en fait avant que cela soient plus compliquées. »

« Qu'est ce qui, selon vous, fait le lien entre la proximité affective et la gestion des émotions ? »

« C'est le fait d'être dans une situation où on est proche du patient, on est dans sa confiance, on est dans son soutien, donc on est dans l'empathie, on est dans le toucher, on est dans le visuel donc on est forcément...on a des canaux d'introduction des sentiments qui sont multiples. Donc c'est pour ça que je dis qu'il est à mon sens quasiment impossible, à moins d'être vraiment un roc, d'être quelqu'un, pour coup de vraiment insensible, qu'il est pratiquement inévitable que un de ces quatre la porte ne s'ouvre pas sur un de ces canaux pour quelqu'un. Donc ça, quand on le sait, et qu'on cherche à s'en prémunir, mais surtout de pouvoir le déceler, avoir des indices à ce moment là, je pense que cela est plus facile à gérer car on arrive à s'en rendre compte suffisamment tôt. Jusqu'à présent c'est ce qui s'est produit pour moi en tout cas. Les trois quatre fois où cela s'est produit, ça s'est arrangé comme ça parce que déceler assez vite. Quand ça commence à prendre une tournure qui

n'est pas habituelle, s'interroger je crois. »

« Est ce que vous avez en tête la définition de la WONCA de la médecine générale ? »

« Je l'ai connu. Les onze compétences ? »

« C'est ça. »

« Je les ai toutes lu après j'ai peut être la mémoire qui retient pas onze items. »

« En fait, surtout dans cette définition, moi ce qui m'a un petit peu interpellé c'est qu'ils ne font pas du tout de distinguer de médecin famille, médecin généraliste.. »

« Je crois que pourtant c'est une différence, je ne dirai pas, fondamentale car ce n'est pas tout à fait ça, mais c'est une différence primordiale. Je dirai que le médecin de famille a cette connotation de paternalisme et de prise en charge dans le mauvais sens du terme. C'est à dire que ça aurait tendance, probablement moins maintenant, car les gens sont un peu plus informés, un peu trop des fois. C'est prendre un peu l'autonomie, c'était oui entamer l'autonomie des gens, leurs décisions, leurs gestions de la maladie avec forcément derrière un taux d'inobservance et d'échecs important. Donc je pense que ce médecin de famille tel qu'on le présentait n'a rien à voir avec le médecin généraliste en tout cas d'aujourd'hui qui est plus un spécialiste de médecine générale qui va, qui sait, qui est un référent technique on va dire du soin. Il va dire au patient je ne suis pas là pour prendre une décision à votre place, je suis là pour vous apporter les renseignements techniques dont vous avez besoin, apportait l'expérience que vous n'avez pas, que vous aurez pas si vous allez sur internet, vous aurez des savoirs bruts qu'il est très difficile de gérer, déjà nous c'est pas très facile malgré notre expérience mais on a au moins cet avantage là de gérer ça tous les jours et depuis longtemps. Donc je vous apporte l'éclaircissement sur ces connaissances que vous avez pu glaner, celles que je peux vous apporter par ailleurs, et puis c'est à ce moment là que vous prendrez une décision qui reste la votre, je ne suis ni votre père ni votre mère, c'est vous qui portez la décision, si vous ne voulez pas suivre ce que je vous conseille, libre à vous, la seule chose c'est qu'il faudra pas m'en faire le reproche, à partir du moment où c'est quelque chose je considérerai comme étant éclairé.

« Très bien. Justement est ce que la spécialisation de la médecine générale depuis quelques années, ça a changé quelque chose pour vous ? »

« Pour moi, fondamentalement. De ce que je peux en avoir vu de l'extérieur, de part les étudiants et de part la mise en place de l'enseignement spécifique, et évidemment l'enseignement par le stage en pratique et en médecine générale. Tout ce qui est la partie personnalité/environnementale de notre exercice avant n'était pas inclus dans la fonction de clinicien, et ça c'est deux piliers sur les trois de notre exercice. C'est quelque chose que j'ai vu intégrer par les étudiants, au départ un petit peu maladroitement parce que dans le contexte hospitalier et que finalement cet enseignement alors que on a fait que de la médecine en milieu hospitalier, finalement c'est quelque chose, c'est pas une patate chaude mais c'est quelque chose qui n'a pas encore tant de corps que ça. C'est quand on est en situation, je pense en stage de médecine générale que la ça prend tout son sens. Là on est dans une situation qui est évidemment pas la même qu'à l'hôpital, de fait, et c'est là où en fait de compte on peut vraiment appuyer, là où j'ai eu l'impression que l'interne se rendait compte de vraiment ce que c'était, du côté fondamental, de la grille de notre exercice. »

« Et par rapport aux autres professionnels de santé, ça a changé quelque chose ? »

« Dans les spécialistes d'organes ? »

« Par exemple »

« J'ai vu sur internet un conférencier qui abordait ça, ces principes là, en l'occurrence un cardiologue, qui abordait l'OPE, le principe de ces trois champs de la bonne manière, en exposant qu'effectivement il existait ces trois champs, et c'était indispensable de conserver ces trois champs pour avoir une efficacité pleine et un soin optimal, et ça c'est intéressant. Alors que par exemple, l'EBM, qui est aussi un exercice à trois champs, est relativement employé par le monde hospitalier qui ne voit que le côté médecine basée sur les preuves, et qui ignore les deux autres champs qui est celui de l'expérience du professionnel de santé et les croyances du patient. Et du coup ça dénature vraiment les choses, parce que l'on reste à ce moment là dans le technicien pur et dur, dans les preuves pures et dures, qui sont évidemment nécessaires, mais qui en aucun cas ne peuvent en elles-mêmes décider d'un soin. »

« Très bien. Et donc juste pour finir dans mes recherches par rapport à la médecine générale, il revenait à chaque fois trois notions. Je voudrai voir si pour vous cela évoque des choses et si pouviez en deux/trois mots donner une définition brève à ces notions, qui sont la famille d'origine... »

« La famille d'origine ? »

« Qu'est ce que, pour vous, juste ce terme évoque ? »

« {Silence} »

« Est ce que cela vous évoque quelque chose ou pas ? »

« Cela me paraît pas un oxymore, mais plutôt une redondance »

« Je vous donne les trois notions si vous voulez. On retrouvait dans les comptes rendus de congrès, de diaporama, de présentation les notions de famille d'origine, famille actuelle, médecine de famille/famille dont vous êtes le médecin. »

« {Silence} »

« Je vous avoue que pour moi, ces notions étaient floues et ne trouvaient pas forcément de définition, donc je me suis dit je vais vous poser la question. Est ce que vous cela vous évoque quelque chose ou pas ? Est ce que pour vous c'est la même notion ou est ce que vous les scindez ? »

« Pour moi la famille, ça reste la famille. C'est la société qui évolue. La famille ça reste la famille. C'est des liens qui ne sont pas société. C'est des liens qui sont de fait, qui ne sont pas toujours facile à vivre, mais des liens qui sont de fait. Après ils s'expriment d'une manière qui dépend elle d'où en est la société. On ne vit pas la famille, on ne vit pas la famille de la même manière au début XXe, qu'au début du XIXe, qu'au début du XXIe. Mais les liens sont ce qu'ils sont, ça reste des liens fondamentaux, des liens de construction, de

destruction, ce sont ces premiers liens. Mais famille actuelle, famille d'origine...la famille c'est la famille. »

« Tout simplement »

« Oui. Ce sont des liens qui sont de fait. Donc encore une fois, on choisit pas sa famille donc ça peut être très compliqué, c'est souvent pas simple. On peut vivre des drames dans la famille, on devient témoin du drame dans certaines familles, quand il s'agit d'inceste ou de violences conjugales, ou ce genre de choses. Mais ça reste quand même nos liens, nos références beaucoup. Après je crois que c'est plus les moyens, comment est la société, que ce soit sur les modes de communications. Je vais donner un exemple, par exemple les adolescents, actuellement c'est la portable, ils sont, on le dit, toujours collés au portable. Mais moi je me souviens dans mon temps, certes le portable n'existait pas, mais il y avait le téléphone à la maison et on disait que j'étais toujours collé au téléphone à la maison avec les copains que j'avais quitté il y a cinq minutes. Donc finalement le schéma est le même, c'est l'expression qui n'est pas la même. Mais au final le lien est le même. La famille c'est la famille. »

« Est ce que pour vous, vos patients ont pris une place dans votre famille ? »

« Mes patients, dans ma famille ? Non. Le moins possible. Parce que c'est pas leur place, de même que je ne vais pas dans leur famille, je n'ai pas de place dans leur famille. En tout cas je pense, il y en a certains qui, des patients anciens qui ont peut être vécu peut être un médecin de famille qui pouvait s'intégrer et prendre une certaine place dans la famille, je pense que ce n'est pas notre place. Et que je ne vais jamais à un enterrement d'un patient, parce que ce n'est pas ma place. Même si je l'ai suivi toute sa vie et que l'on est allé très loin dans le suivi, dans la fin de vie, je vais consoler ses aidants et ses aimants qui sont après son décès mais je ne vais pas aller à son enterrement. C'est un moment qui appartient à la famille et uniquement à la famille. Je ne fais pas parti de la famille. Ça fait parti des « barrières », des limites qu'il est nécessaire de mettre. Sinon qui fait quoi, qui est qui. Ça n'apporte rien, j'avoue c'est même, c'est parasitant. Je pense que c'est parasitant. Ce n'est pas notre place. Il y a des personnes qu'on aime beaucoup, il y a des familles avec qui on a des atomes crochus c'est vrai mais ce n'est pas pour autant qu'on va rentrer chez eux, se mettre à table avec eux. Ce n'est pas notre place, même si on est invité, c'est très gentil, mais ce n'est pas notre place quoi. C'est une distance à conserver. Le coup de l'enterrement c'est pareil, c'est quelque chose que j'ai vite mis en place parce que de quel droit. De quel droit. Je pense même que l'on me l'a déjà demandé, on m'a proposé la cérémonie, j'ai dit non c'est un moment à vous, on en reparlera après, bien volonté, on évoquera tout ce qui s'est passé, ça pas de problème, en consultation, mais c'est à vous, cela vous appartient, ce n'est pas nécessaire. Sauf s'il y a vraiment une personne, enfin ce n'est jamais arrivé, qui demande expressément à ce que je sois présent, là après c'est une question de mémoire, je pense que la famille comprendrait mal que je refuse une volonté du défunt, mais en même temps ça s'est jamais présenté et ça me paraît logique. De même que je ne vais plus à l'hôpital, j'y allais au départ. Je ne vais plus à l'hôpital pour les personnes hospitalisées, aussi parce que c'est un peu compliqué matériellement, mais parce que je ne pense pas que ce soit ma place non plus. C'est la place des amis, c'est la place de la famille de venir les voir. Je ne me déplace que quand j'ai un problème médical à soumettre à un hospitalier. Là à ce moment là, je vais voir l'hospitalier, je ne vais pas voir le patient. Ce n'est pas la même chose. Ce n'est pas la même démarche. Et si on ne mettait pas de barrières la aussi, c'est vous qui êtes exposé. Ça vous expose forcément. Il faut avoir ça en tête. Et je pense qu'il y a

aussi des burn-out qui s'amplifient, qui au départ quand les gens vont bien, cette proximité ça les flatte même, probablement, mais dès qu'ils vont mal, ça devient...c'est les portes ouvertes aux eaux courantes, donc tout le malheur du monde rentre et à ce moment là ça vous fout en l'air. »

« Et bah parfait. Merci beaucoup. »

c) Entretien n°3

Durée : 10'30

Interviewer : « Que pensez vous de l'idée d'être le médecin de ses proches ? »

Répondant : « C'est pas forcément une bonne chose. »

« Qu'est ce qui vous fait dire ça ? Est ce que vous avez déjà expérimenté... »

« Oui. C'est difficile. C'est difficile. Parfois ça rend service. Parfois ça sauve des vies. Le problème s'est gardé la distance, et ça me met en porte à faux aussi le médecin des proches. Donc ça c'est sur le plan déontologique notamment. »

« Ça vous gêne ? »

« Oui. »

« Que pensez vous de la proximité affective entre un médecin et son patient, de manière un peu générale ? »

« Il faut mettre une certaine distance, je pense que l'on peut en avoir mais il faut toujours marqué une distance, ce qui est plus difficile à mettre. C'est à dire si on en met de trop, ça va perturber la relation médecin patient, et je pense qu'il y a une marge de sécurité à avoir, mais ça n'empêche pas d'être sympathique, empathique et voilà. Mais il faut une marge de sécurité.

« Vous, vous faites comment justement au fur à mesure des années pour mettre cette distance avec vos patients ? »

« C'est savoir recadrer le patient quand lui prends ses aises. Ça m'est arrivé d'être un peu froide, un peu...voilà pour marquer cette distance. Savoir dire non, les invitations au restaurant, un café sur le port, voilà. Et puis, voilà c'est un peu près ce que je fais. »

« Vous n'avez pas fait de formations particulières pour apprendre cette attitude ? »

« Je fais pleins de formations, j'en parle avec mes confrères en groupe de pairs, en Balint. Des formations propres par rapport à ça, si j'en ai fait une, je l'ai fait deux fois mais elle n'abordait pas cette particularité, c'était en général le médecin.

« Qu'est ce qui fait selon vous le lien entre la proximité affective et la gestion des émotions ? »

« Le lien entre la proximité affective et la gestion des émotions... »

« Est ce que c'est deux notions... »

« Complètement différentes. C'est deux registres pour moi différents. Donc pour moi le lien là comme ça spontanément, je ne l'ai pas. Il y en a forcément un. Mais justement je pense que pour marquer cette distance il ne faut pas faire l'amalgame, selon moi. »

« Est ce que vous connaissez vaguement la définition de la WONCA ? »

« Non, non. »

« Elle décrit le rôle du médecin généraliste, les onze compétences. Mais surtout moi ce qui m'a frappé en lisant cette définition, c'est quel ne fait aucune différence entre médecin généraliste et médecin de famille... »

« C'est vrai »

« Est ce que pour vous il y en a une différence entre ces termes ou non ? »

« Entre le terme de médecin... »

« Médecin généraliste et médecin de famille »

« Qu'est ce que le médecin de famille ? Je me suis souvent posée la question, et j'en ai pris conscience quand j'ai commencé à soigner plusieurs générations. Parce qu'on est intégré dans leur famille, ils s'approprient notre personnalité en tant que médecin généraliste en devenant médecin de famille. C'est eux qui l'ont verbalisé, c'est comme ça que je l'ai entendu. Il y a certaines personnes je suis le médecin généraliste et pas le médecin de famille. Donc je pense que c'est la société et ses croyances de part l'histoire du médecin généraliste et son évolution. Et cet amalgame là je pense que tout le monde ne peut pas s'approprier le médecin généraliste en tant que médecin de famille. Parce qu'il y a certaines personnes qui ont fait ce choix de garder ce médecin dans cette continuité familiale de générations en générations, là j'ai une famille en tête, et puis d'autres qui eux on change de médecins comme on change de chemises. Donc le médecin généraliste existe à part entière, et le médecin famille je dirai que c'est une option.

« Et c'est pas vous en tant que médecin qui l'instaurait, c'est plus de la part des patients... »

« Ah non moi je ne l'instaure pas. »

« C'est les patients qui vous donne ce rôle là »

« Moi, je suis médecin généraliste »

« La spécialisation de la médecine générale, est ce que pour vous ça a changé quelque chose ? Au point de vu personnelle ? Ou professionnelle ? »

« Alors à titre personnel, oui, j'ai une reconnaissance vis à vis de la société, sur le plan institutionnel, mais par contre cela ne se voit pas au niveau de la population. Selon moi, ils ne l'ont pas du tout intégré parce que encore aujourd'hui je suis amenée à leur dire que je suis une spécialité, ils ne le comprennent pas, car il y a encore une confusion entre spécialité d'organes qu'ils avaient l'habitude d'avoir et donc le médecin généraliste est médecin généraliste, il n'est pas médecin spécialiste. En revanche pour moi c'est une reconnaissance parce que je suis médecin spécialiste. »

« Et par rapport au regard de vos confrères, des spécialistes d'organes ? »

« Alors par rapport à mes confrères, je ne suis pas sûre que tous aient intégré que je sois médecin spécialiste. Peut être plus avec les nouvelles générations. C'est scindé. Mais d'un autre côté en parlant avec les, j'allais dire les plus vieilles générations, ils font souvent la remarque avec une connotation d'admiration « Mais je serai incapable de faire ce que tu fais » donc ils sont dans la reconnaissance de ma profession, mais je pense qu'ils ne mettent pas la connotation spécialiste. »

« En faisant mes recherches justement sur médecin de famille, médecine générale, j'ai lu beaucoup de diaporamas, de présentations et à chaque fois que l'on parlait de médecin famille ressortait trois notions dont on demandait une définition. Je vous avoue que pour moi ça n'a pas forcément fait écho donc je me suis dit que j'allais poser la question aux médecins que j'allais interroger pour voir si vous ça évoque quelque chose. C'est trois notions c'était ; famille d'origine / famille actuelle / médecine de famille – famille dont vous êtes le médecin. Et à chaque fois on retrouvait une petite définition de ces trois notions. »

« Famille d'origine, ça résonne pas du tout pour moi. Famille actuelle...alors la question c'est par rapport à moi en tant que médecin généraliste ? »

« Ou en tant que femme... »

« En tant qu'être humain... »

« Oui par exemple, sur tous les plans en fait »

« Famille d'origine, non ça veut rien dire. Pour moi c'est très abstrait, je ne vois pas du tout. Famille actuelle, et bah oui il y a des phases de vie, on a une famille et puis elle évolue. Et après c'est ? »

« Médecine de famille / Famille dont vous êtes le médecin »

« Alors médecine de famille, alors là je sèche aussi. Et famille dont je suis le médecin. Oui je suis des familles, je suis des générations. En quoi ça pourrait... »

« A force de réfléchir sur ces notions...est ce que par exemple votre patientèle représente un peu une famille pour vous ? »

« Non »

« Est ce que c'est juste des personnes, des individualités que vous suivez ? »

« C'est pas une famille ! Ce sont des individus à qui je réponds à une demande. Voilà. Ils viennent « chercher un savoir » auquel ils ne peuvent pas répondre, et je suis un outil dans le domaine médical pour leur apporter un bien être. En résumé hein...Après non, je ne suis pas, ils ne font pas partis de ma famille. »

« Sur les vieilles générations de médecins, les patients pouvaient prendre une telle ampleur dans la vie des médecins, que les deux pouvaient un peu se mêler. »

« Oui, oui. Je ne suis pas insensible à des histoires familiales, à des événements de vie de certaines personnes mais je fais en sorte toujours de garder cette position de médecin et pas de copain. »

« Est ce que vous avez une dernière remarque sur ce que l'on vient de se dire ? »

« L'évolution de la société, oui. Il y a un impact majeur, ça fait quinze ou seize ans que je suis là, oui seize ans, ce n'est pas du tout la même approche et puis quand on avance dans le temps en tant que médecin généraliste, on découvre les gens, on découvre leur fonctionnement. Il y a l'individu, mais il y a aussi dans la société, dans son environnement qui peut être la famille, le professionnel. Je trouve qu'il y a cette connotation sociale qui est de plus en plus présente et qui vient déteindre sur la consultation et que je me fais souvent la remarque que ça dépasse un peu, je vais pas dire mes compétences, parce qu'à force je commence à en avoir ça s'éloigne de ce qui nous est enseigné à la fac. La société a vraiment évolué, elle est beaucoup plus exigeante, elle est difficile je trouve sur le plan relationnel avec le médecin. L'apparition des médias et de la toile notamment, internet, a une répercussion aujourd'hui sur le rôle du médecin, et ce recadrage qu'on doit faire régulièrement sur ils croient savoir et notre savoir il est beaucoup plus lourd à gérer. Et en tant que médecin de famille, si on peut reprendre la connotation, certaines personnes vont avoir confiance et d'autres vont aller vérifier. Donc voilà il y a différentes relations, il y a le patient qui nous fait confiance, il y a le patient qui va avoir un doute sur la médecine parce qu'il a des croyances qu'il aura été chercher ailleurs. »

« C'est bon, merci »

d) Entretien n°4

Durée : 19'10

Interviewer : « Que pensez vous de l'idée d'être le médecin de ses proches ? »

Répondant : « Qu'il faut pas le faire {rires} qu'il faut pas le faire. Dans la majorité des cas, c'est compliqué. C'est très simple quand tout va bien, et ça devient très compliqué dès qu'il y a des problèmes, voilà. C'est aussi compliqué je trouve dans les choix qu'on va faire, on ne va pas automatiquement les raisonner de la même façon, enfin moi c'est ce que je trouve. C'est à dire que...soit pour faire vite parce qu'on n'a pas beaucoup de temps et que finalement on accorde moins de temps à ses proches, on va faire d'emblée des examens qu'on ne ferait pas faire à nos patients en temporisant. Et inversement, autrement des fois on va se dire bon la c'est bénin, je ne vais pas prendre le temps de le voir ou de le...machin,

on va laisser trainer quelque chose qu'on aurait du voir tout de suite. Ce n'est pas toujours simple. Et en arrière pensée le fait qu'on va toujours passer à côté d'une merde chez ses proches et que voilà il faudra faire différemment... »

« Vous, ça vous est déjà arrivé de suivre votre famille ? »

« Mais en fait oui...{rires} »

« Que vous le vouliez ou non... »

« {rires} Mais en fait oui...non mais c'est compliqué. Je vois même pour mes enfants là, j'ai une fille qui a 6 ans et en fait...j'ai un garçon qui est plus grand, il a été hospitalisé un moment et il a fallu que ce soit un médecin qui lui fasse un rappel de vaccin. Quand j'ai vu comme ça c'était passé et puis ma femme surtout elle dit « la prochaine fois c'est hors de question qu'il y ait un autre médecin que toi qui les vaccine » Voilà, parce que ça était n'importe quoi...euh...c'est difficile de critiquer les collègues, mais ça a vraiment été n'importe quoi...euh... et là ma fille de 6 ans m'a dit « papa, le vaccin c'est toi qui va me le faire » voilà. C'est compliqué parce que j'ai de très bons rapports avec ma fille et si ça se passe très mal {rires} je vais être embêté. Mais il y a aussi eu des histoires de fin de vie, de prise en charge en fin de vie dans la famille qui était compliqué. Et c'est compliqué parce que les gens ne font confiance qu'un temps mais quand on n'est pas disponible tout le temps ils se rabattent...donc voilà suivre ses proches c'est compliqué... C'est très compliqué.

« Ça ne vous est jamais arrivé dans le contexte du cabinet... »

« Non. C'est ma famille à la maison, c'est ma belle famille, des gens comme ça. J'ai fait des consultations chez moi mais j'ai jamais fait venir des gens au cabinet pour le formaliser, pour dire non là je fais comme si j'étais le docteur. »

« Parfait ! Qu'est ce que vous pensez de la proximité affective entre un médecin et son patient ? »

« Qu'est ce que j'en pense ?... c'est qu'elle ne peut pas être inexistante, et que c'est parfois difficile de trouver la bonne distance mais moi la façon dont je pratique, je mets une distance qui est variable en fonction des gens que j'ai en face de moi. »

« D'accord »

« Parce que, il y a des gens que vous sentez très bien que vous ne pouvez pas être un grand copain, il y a de gens vous sentez au contraire qu'ils ont besoin d'avoir quelqu'un sur...avec qui ils vont pouvoir se confier ou on va avoir un réel rôle, enfin voilà on a souvent

un rôle empathique mais encore plus chez certaines personnes, et vous avez des personnes où vous savez qu'il faut surtout pas franchir une certaine limite parce que sinon ils vont devenir envahissant. Ça je pense, après c'est dans la pratique qu'on le voit. Moi je sais que j'ai changé ma façon de travailler, d'être avec les gens depuis plusieurs années ou je suis installé maintenant, même si je ne suis pas vieux, même dans ma façon de m'habiller ou d'être avec les gens, j'ai décidé d'être qui j'étais et pas de faire semblant d'être quelqu'un d'autre et dans mes rapports avec les gens j'ai aussi décidé d'être qui j'étais mais il y a des gens je sais très bien que, on ne peut pas tenir un certain langage, enfin surtout...je pense à certaines, à certains gens qui sont des patients plutôt jeunes, si on a trop de proximité après c'est un peu genre on est pote et on peut demander tout et n'importe quoi, n'importe comment donc le rapport médical est difficile. Et après il y a aussi on voit le rapport avec certaines jeunes filles, dans certains entretiens il ne faut mieux pas être trop trop proche, ça peut être problématique. Voilà. »

« Et du coup vous n'avez jamais fait de formations justement par rapport à ça pour vous apprendre à trouver justement cette bonne distance ? Ça a plus été un feeling au fur et à mesure ? »

« Non, c'est un feeling. Et puis de voir comment ça se passe d'une consultation à l'autre parce que je m'en suis rendu compte sur certaines consultations en me disant simplement sur le tutoiement ou le vouvoiement et ce qui pouvait se passer sur d'autres consultations ou le rapport que les patients pouvaient avoir au fur à mesure du temps qui venait, mais non je n'ai pas fait de formations particulières, non. »

« De manière un peu plus général, la prochaine question : qu'est ce qui fait selon vous le lien entre la proximité affective et la gestion de nos émotions ? »

« Ce qui fait le lien ? Moi, je ne suis pas sûr qu'il faille qu'il y ait un lien. Justement j'essaie de ne pas en mettre de lien. C'est à dire que je peux être, c'est pas le mot amical, j'essaie je peux être très empathique avec des patients mais si on fait un lien enfin, après on prends toutes les misères du monde sur la tête et on se fait une dépression tous les soirs en rentrant chez soi. Donc je pense qu'il n'y a pas de lien à faire entre les deux, c'est à dire qu'il faut trouver la bonne distance avec les gens en consultation mais une fois que la consultation est finie que les gens sont partis c'est une nouvelle consultation qui commence et, en fait il faut tout remettre à zéro. On ne peut pas, sinon on accumule des émotions sur la journée. Ça m'arrive une fois de temps en temps, je pense d'être particulièrement on va dire bouleversé au sens large du terme par certaines consultations, parce qu'on se dit ça va être une catastrophe, ou c'est quelque chose que je n'aurai jamais imaginé ou n'importe quoi, mais ça va peut être me trotter dans la tête mais si on met de l'affectif dans chaque consultation, la suivante se passe très mal et pas comme elle devrait se passer. Enfin c'est comme ça que moi je le ressens »

« Est ce que vous avez en tête la définition de la WONCA de la médecine générale ? »

« Non »

« Cette définition qui existe depuis de nombreuses années, la WONCA donc c'est une société européenne au point de vu médical, qui en fait établit le rôle du médecin généraliste, donc vous savez c'est les onze compétences celles qu'on nous apprend dans la marguerite des compétences, avec une médecine globale, orientée, coordonnée. En fait elle donne le rôle du médecin généraliste en Europe... »

« C'est bien en plus sous la forme d'une fleur, ça donne l'envie aux gens...c'est super »

« En fait, la seule chose que j'ai, enfin au delà de la définition du médecin généraliste, en fait elle ne fait pas de différences entre médecin généraliste et médecin de famille. A chaque fois qu'elle prend le terme, elle associe les deux par un tiret. Pour vous est ce que justement il y a une différence entre les deux ? Ou pas ? Entre ce qu'on appelle le médecin de famille et ce qu'on appelle le médecin généraliste ?

« Non »

« Pour vous les deux sont... »

« Bah en fait...je ne connais pas de médecin spécialiste d'organes qui soit médecin de famille. Donc voilà dans ce rare cas de maladies héréditaires mais de toute façon je ne connais pas d'autres médecins qui fassent de la médecine de famille. Après par contre, l'impression que j'ai moi maintenant c'est que... mon père était médecin, il est à la retraite depuis l'année dernière et je vois, enfin j'ai vu, j'ai grandi ainsi de suite dans lui ce qu'il rapportait comme ces relations, enfin lui la façon dont il ressentait certaines de ces relations avec certaines familles ou autres. Il y a des familles que je connaissais parce que c'était des copains de classe à moi, des gens que je connaissais et j'ai l'impression que pour, c'est pour les gens que cette image a changé, mais pour le médecin généraliste non, on reste gardien de troupeaux quoi. On est, voilà, on est, on doit être la pour, ouais c'est ça, on garde le troupeau. »

« Et le fait qu'aujourd'hui on soit spécialiste en médecine générale, est ce que pour vous ça a changé quelque chose ? »

« Que dalle. En fait c'est à dire que moi je l'ai demandé mais parce qu'on avait la possibilité de le faire en fonction, en justifiant de ses formations, de ses machins et tout, et fonction de l'âge qu'on avait quand on est sorti de la fac. Enfin pour rien ça ne change rien du tout. Parce que quand on sort de la fac on n'est pas du tout spécialiste en médecine générale, la médecine générale, ça s'apprend malgré les évolutions qui sont intéressantes sur l'encadrement, ça s'apprend sur le tas quoi. Donc être spécialiste en médecine générale, je crois qu'on est jamais spécialiste en médecine générale parce qu'on change au fur et à mesure de sa pratique et dire qu'on est spécialiste...La seule chose que ça ait changé, enfin que ça change c'est pour les vieux médecins de dire on est l'égal des spécialistes. Mais j'ai toujours envie de leur dire, enfin je trouve qu'on fait mieux, enfin je ne sais pas si on peut dire mieux que les spécialistes mais je pense qu'on a un temps de travail et des compétences qui sont largement plus larges et que je trouve que la médecine spécialisée se résume vraiment à un faisceau. Alors c'est très bien, c'est très très bien, mais moi par

exemple je ne mettrai pas toute la journée des doigts dans le derrière, je ne ferai pas toute la journée de la pédiatrie, je ne donnerai pas des chimiothérapies à des patients tous les jours et je trouve que, voilà, c'est très bien ce qu'on fait, et encore une fois, on est, je pense, ouais on est là pour garder les gens et point barre. »

« Que ce soit du coup pour les patients, pour vous ça n'a rien changé. Mais pour les patients ou pour les autres professionnels de santé, vous n'avez pas l'impression que le regard a changé ? »

« Ah non non non, c'est à dire que, enfin moi dans le coin j'ai pas trop trop cette, j'ai pas trop trop...enfin dans le coin, en Charente Maritime, parce qu'avant je travaillais en région parisienne. En Charente maritime j'ai jamais eu l'impression qu'il y avait un spécialiste, enfin il y en a quelque uns, mais que des médecins pétaient plus haut que leur derrière. Mais moi qui travaillait en région parisienne, il y a beaucoup de centres universitaires et autres...enfin ils y en avaient beaucoup pour qui le médecin généraliste c'était tu es gentil quoi. Tu n'es pas le berger, tu es le chien du berger. Voilà, et encore le chien tout crasseux avec des mites partout et qui encore n'a pas trop trop compris comment ça marchait la vie. Mais ici pas tant que ça, donc moi après le fait d'être spécialiste en médecine générale...Sur mes ordonnances j'ai marqué Docteur [REDACTED] je n'ai pas noté ce que je savais faire. Alors je vois pas mal de mes confrères qui mettent j'ai fait le DU de truc, j'ai la compétence de machin, c'est super, le mettre sur un papier mais voilà, pour moi c'est de la pub et je n'aime pas la pub.

« Et donc pour ma dernière question, qui je vous l'avoue, pose toujours un petit peu problème. J'ai commencé ce travail initialement ciblé sur les demandes de soins des proches et puis finalement à force de travailler sur le sujet avec mon directeur de thèse, on l'a élargi justement par rapport à cette notion de médecin de famille, est ce qu'elle existe toujours aujourd'hui et est ce que la spécialisation a changé quelque chose. Et en fait dans cette notion de médecin de famille, je trouvais toujours trois notions qui au début pour moi étaient très floues, donc je me suis dit que j'allais vous poser la question. Si pour vous elles veulent dire quelque chose ou pas. Ces trois notions c'était famille d'origine, famille actuelle et famille dont vous êtes le médecin. Sur chaque diaporama, il ressortait une petite définition de ces trois notions, deux trois mots pour caractériser ce qu'était pour chaque intervenant la famille d'origine, la famille actuelle et la famille dont vous êtes le médecin. Vous ces trois notions, ça évoque quelque chose ? Vous sauriez donner deux trois mots pour chacune. Alors sachant que souvent ça dépasse un peu le médecin généraliste pour englober de manière plus générale le côté humain. »

« Ouais, ouais. Famille d'origine... »

« Famille actuelle et famille dont vous êtes le médecin. Qu'est ce, qui est pour vous votre famille d'origine ? »

« La mienne vous voulez dire ou celle des patients ? Parce que dans votre question, ce que je vois c'est par rapport à mes patients. Ce que je vois les familles d'origine, on a des patients qui viennent en nous disant je suis le petit fils, je suis la nièce de, ou je suis le grand père de machin. Et famille actuelle, c'est ce qu'ils ont recomposé, parce que finalement nous on le voit au fur et à mesure du temps, c'est que maintenant je commence à avoir des patients qui ont des enfants, que j'ai connu eux même enfants donc je sais que c'est, que je soigne encore par exemple leurs parents. Donc je dirai que ça dans la famille d'où ils

viennent, la famille actuelle et le dernier terme qui était... »

« Famille dont vous êtes le médecin »

« Famille dont vous êtes le médecin, ça peut être la même chose ou ça peut être, vous soignez mes parents et je viens en vacances ici. Donc voilà ça pour ça je dirai que c'est assez clair comme idée et ça change rien. C'est la nébuleuse autour d'un patient, d'une famille c'est normale quoi, c'est comme ça. Et pour moi en ce qui me concerne famille d'origine, famille actuelle, bah famille d'origine, ma famille d'origine c'est mes parents {rires} c'est ceux qui m'ont donné la vie et puis c'est ceux avec qui j'ai grandi qui ne sont pas automatiquement ma famille au sens lien du sang. Ma famille actuelle, c'est celle que j'ai composé avec mes amis autour, et j'ai la chance, je pense, d'avoir des amis depuis, depuis tout petit et que j'ai gardé donc voilà. Je dirai que j'ai la chance d'avoir une grande famille. Et famille dont je suis le médecin, et bah la famille dont je suis le médecin, globalement j'essaye de ne pas du tout m'occuper de ma famille. Je donne parfois des conseils quand on m'en demande, j'essaye de fermer ma gueule quand des fois j'aurai envie de l'ouvrir {rires} et voilà et quand il y a une demande ponctuelle de soins j'essaye d'y répondre et quand j'estime qu'effectivement mon jugement ne va pas être correct, j'essaye de renvoyer vers quelqu'un d'autre, en disant je suis trop loin, ou là je ne peux pas, je risque de ne pas donner les bons conseils. »

« Est ce que des fois votre patientèle vous avez l'impression qu'elle rentre dans cette famille là ? »

« Ah non pas du tout. C'est à dire que, ah non pas du tout, dans ma patientèle je peux considérer qu'il y a certaines personnes que je suis qui sont éventuellement devenus des amis ou en tout cas des gens proches mais que je ne mettrai pas dans la catégorie ami tel que moi je l'entends. Mais...je ne vois pas du tout mes patients comme une famille, encore une fois c'est plutôt comme un troupeau à qui je vais essayer de prodiguer des bons soins et de surveiller pour éviter que les grands méchants laboratoires viennent leur refiler tout un tas de saloperies. Mais autrement, non je ne considère pas du tout mes patients comme étant ma famille. »

« C'est une notion que l'on pouvait avoir chez les vieux médecins, dans les années 60-70, ou leur patientèle prenait une telle ampleur...il n'avait pas du tout une vie professionnelle scindée de la vie personnelle... »

« Ouais, ouais, ouais... »

« On peut lire les anciennes générations dirent moi c'était une grande famille, ma profession se mêlait avec le personnel, et justement peut être qu'avec la nouvelle génération, on sort progressivement de tout ça. »

« Alors même à l'époque où je n'avais pas de vie familiale particulièrement, où je passais beaucoup de temps à travailler que ce soit en libéral ou que ce soit à l'hôpital, je n'ai jamais considéré les patients comme étant ma famille. Et je dirai que c'est tant mieux pour eux, car j'apporte plus de soins à mes patients qu'à ma famille en terme de santé, de prise en charge. Par contre ce qui est certain, c'est que je pense que je passe beaucoup de temps, je mets beaucoup d'énergie pour pouvoir m'occuper de mes patients et ils s'en rendent compte et ils...des fois ils le disent, une fois de temps en temps. Mais je me défonce encore plus pour ma famille que pour mes patients mais parce que justement mon temps qui est réservé à ma famille c'est pour ma famille. Voilà. Et ça ce qui est vrai aussi c'est que, ce n'est pas que j'accorde moins de temps à mes patients, mais maintenant j'essaie que quand je suis dans mon temps famille, je n'ai pas mon travail qui déborde dedans. Je ne ramène plus de boulot à la maison, ce que je faisais avant, hormis, éventuellement des formations mais par des livres type Prescrire que je fais chez moi mais une fois que mes gamins sont couchés et une fois que je sais que ma femme elle ne veut pas que l'on fasse autre chose. Parce que autrement, je ne pense pas qu'il faille mélanger tout ça, je pense que si on ramène son travail à la maison en disant c'est un peu comme ma famille, enfin je ne pense pas que ce soit...je ne pense pas que ce soit vrai et moi j'aime bien être un peu dans le vrai. Je pense que ce n'est pas vrai, on ne peut pas dire que 3000, 5000 patients c'est notre famille. Je n'ai pas du tout le même lien que j'ai avec famille qu'avec des gens que je vais voir certes très régulièrement parfois beaucoup plus souvent dans l'année en terme de fréquence que des gens de ma famille, mais les gens de ma famille je vais les recevoir, ou on va se voir d'une façon qui est totalement différente qui n'a rien à voir avec le cadre du boulot.»

« Enfin juste est ce que vous avez une dernière remarque par rapport à ce sujet, une question que je n'aurai pas soulevé, vous auriez aimé dire quelque chose par rapport à ...l'évolution des gens, de la société, de la médecine...ou tout autre ? »

« L'évolution de la médecine, comment dire...{rires} alors je ne suis pas sûr de voir l'évolution de la médecine d'un très bon œil, et pas automatiquement du fait des médecins, mais aussi parce que je pense que je me pose des questions par rapport à ma façon de travailler et de ce que je veux faire pour l'avenir par rapport à ce que je vois, parce que je suis aussi de fait obligé de m'occuper de tout ce qui est les gardes, sur tout le secteur de la Charente maritime, que j'ai des réunions avec des gens comme à l'ARS qui sont des bureaucrates et que c'est...je vois qu'on a des visions complètement différentes donc je suis pas automatiquement hyper optimiste sur la façon de pouvoir faire mon travail comme j'ai

envie de le faire et surtout ce qui est compliqué dans la vision actuelle, même dans la relation qu'on peut avoir avec les gens, c'est que on a de moins en moins de temps pour eux parce que...alors oui tout le monde nous dit qu'on est assommé par les papiers de la sécu, alors c'est vrai qu'on a beaucoup de papiers à faire mais il y a surtout qu'il y a de moins en moins de médecins donc on a de plus en plus de boulot et du coup dans un même temps de journée, on doit faire beaucoup plus. Donc c'est ça qui rend les choses compliquées et dans notre relation avec les gens c'est ça qui change. Et voilà...ça c'est le gros truc et puis je trouve que maintenant les gens ils sont passés à la médecine comme ils sont sur beaucoup de choses, c'est à dire que c'est un bien de consommation qu'il faut avoir tout de suite, immédiatement, il ne faut pas qu'il y ait d'erreurs donc voilà ça rend les choses, je trouve, moins drôles. Alors il faut essayer de travailler comme on aime bien parce que sinon aller au boulot alors que c'est pas drôle c'est voilà. C'est pour ça que je vous dis que j'ai changé plusieurs fois ma façon d'être parce que j'ai remarqué que il y avait des choses qui au bout d'un moment étaient pesantes alors que ça le je le fais mais est ce que j'ai vraiment besoin de le faire. Et généralement il n'y a pas beaucoup de chose qu'on a vraiment besoin de faire. »

e) Entretien n°5

Durée : 10'50

Interviewer : « Que pensez vous de l'idée d'être le médecin de ses proches ? »

Répondant : « Ce n'est pas une bonne idée, voilà. Ce n'est pas une bonne idée parce qu'on n'a pas du tout le recul nécessaire pour pouvoir soigner correctement en tout cas tel que ça doit être fait selon les recommandations et autres...Donc, je soigne mes enfants, malheureusement pour eux, mais je soigne qu'eux. Voilà. »

« Jamais d'amis, jamais de famille un peu plus éloignée... »

« Famille...le problème c'est que si on est obligé mais j'essaye le moins possible... mais par exemple la dernière fois c'était la famille de mon cousin germain pour une douleur abdo et ça c'est terminé en péritonite. Donc je l'ai envoyé aux urgences mais c'était une péritonite. Donc voilà, je le fais parce que l'on me sollicite, mais sinon je ne vais pas chercher à soigner et dès qu'il y a un problème de santé, je m'en éloigne le plus possible. Voilà. »

« Jamais, cela ne s'est fait dans le contexte du cabinet ? »

« Bah si, pour ma petite cousine, elle est venue, elle avait mal au ventre, elle avait de la fièvre, un matin à midi elle est venue et voilà, c'était une péritonite. {rires} Et puis en règle générale c'est toujours grave, hein, voilà. C'est jamais un rhume, c'est toujours grave. »

« Que pensez vous de la proximité affective entre un médecin et son patient ? »

« Il y en a une, elle se crée. Après il faut savoir aussi qu'on peut avoir de l'affection en vers quelqu'un même en temps qu'humain parce qu'on est des humains, c'est une relation entre deux humains. Après je ne vais pas aller leur déclarer tout mon amour pour eux. Voilà. Après c'est plus de la compassion j'ai envie de dire humaine qu'une affectivité. »

« Pour vous ce n'est pas un frein ? ou quelque chose qui va vous aider dans votre pratique ? »

« Ça aide parce ce que le patient il a plus confiance, enfin...ça peut aidé. Mais moi en tout cas ça ne change pas ma façon de travailler que ce soit quelqu'un que je connais on va dire un peu mieux ou depuis plus longtemps...voilà. »

« Qu'est ce qui fait selon vous le lien entre la proximité affective et la gestion des émotions ? »

« Vas y répètes. »

« Le lien entre la proximité affective qu'on peut avoir avec nos patients et la gestion de nos émotions ? »

« Euh...donc c'est à dire un lien entre ma façon d'être affecté...enfin mes émotions à moi et puis le lien qui puisse se crée avec le patient ? Si c'est un jour ou je suis mal luné ça ne va pas passer et voilà et un jour ou je suis en forme, ça va très bien passer, et je serai peut être un peu plus à l'écoute...La question c'est de savoir si le fait que le médecin soit...euh... »

« Proche de son patient, est ce que ça va influencer sur ses propres émotions, sur ce qu'il va ressentir ? Ou il y a vraiment deux choses distinctes ? »

« Oui, oui je vois ce que tu veux dire. Oui, on peut être un peu plus dans la tristesse, on a plus..oui, oui. Là, par exemple, il y a une petite que je suis, elle a trois ans là, et puis on vient de lui découvrir un diabète, bon bah...et le père que je le suis aussi parce qu'il a un diabète,

il a une pompe et à trois ans la petite elle a une pompe donc euh...Ça m'a fait mal parce que je me suis dit merde ça pourrait être ma fille donc euh...voilà...mais c'est tout. Après ça ne change pas. »

« Est ce que ça vous est déjà arrivé de faire des formations par rapport à...pour gérer la proximité affective qui se crée au fur et à mesure avec les patients, pour trouver la bonne distance tout ça ? Ou c'est quelque chose qui est venu plutôt naturellement, en apprenant sur le tas ? »

« Oui et puis bon...je crois qu'il ne faut pas trop se poser de questions »

« Est ce que vous avez en tête la définition de la WONCA de la médecine générale ? »

« Ouais, je l'avais. C'est d'assurer...heu... »

« En fait, elle donne les onze compétences du médecin généraliste... »

« Je l'ai lu quand j'étais interne, on m'a forcé à les lire, on nous a tous forcé à les lire... »

« En fait moi ce qu'il m'a interpellé, comme on réfléchissait à cette notion de médecin de famille et médecin spécialisé en médecine générale, c'est que dans cette définition qui est maintenant assez ancienne, elle date de 2004, ils ne font pas de différences entre médecin de famille et médecin généraliste. Ils emploient les deux termes toujours accolés par un petit tiret. Pour vous est ce qu'il y en a une différence entre cette notion médecin de famille ou médecin généraliste ? »

« Non je pense qu'il n'y a pas de différence. Je crois que le médecin généraliste spécialisé aujourd'hui c'est juste une histoire d'ordre de syndicat et c'est tout. Après je crois que ça reste toujours, on est toujours le médecin du quartier, on est toujours le médecin que les gens viennent voir en premier. »

« Pour vous, voilà, il n'y a de différence entre médecin famille...enfin vous vous sentez pas plus médecin famille ou médecin généraliste ou... »

« Non, après je connais des gens qui ont des médecins, cardiologue par exemple, et ils jurent que par eux, c'est aussi leur médecin aussi référent, leur médecin de famille. Enfin je veux dire médecin généraliste, médecin de famille, non... »

« C'est deux notions qui se mêlent... »

« Qui se mêlent et qui ne sont pas forcément vrai tout le temps. Il ne faut pas croire, ce n'est pas non plus que le regard des médecins sur cette question là, c'est aussi le regard du patient et des fois ils n'en ont rien à faire, que ce soit un médecin tartempion ici ou à deux rues plus loin, c'est un médecin généraliste et puis point barre. Voilà. »

« Et du coup justement est ce que cette spécialisation qu'on a depuis quelques années, est ce que pour vous ça a changé quelque chose, en sachant que vous avez fait parti, à ce que j'ai compris de la génération... »

« Et bah ça a changé que sur la cotation il y a marqué S à côté c'est tout {rires}. »

« Dans votre pratique, ça a... »

« Absolument rien changé. »

« Vous n'avez pas eu l'impression d'avoir eu une autre reconnaissance que avaient nos pairs avant, ou... »

« Je crois qu'ils étaient plus débrouillards les anciens que nous mais c'est tout. Voilà. Après ça s'apprend. Et voilà »

« Et de la part des autres corps médicaux, que ce soit des spécialistes d'organes ou des paramed, est ce que vous avez l'impression qu'on est un peu plus considéré dans notre formation, dans notre... »

« Alors, pas...du...tout. La pour exemple aujourd'hui, je reçois une dame qui sort de son psychiatre et qui vient me demande un arrêt de travail parce que son psychiatre ne fait pas les arrêts de travail. Voilà c'est tout. Voilà elle a dit aller voir votre médecin traitant pour faire l'arrêt de travail, voilà, donc elle a eu ses deux consultations aujourd'hui, elle a vu son psychiatre et après elle a enchainé une demi heure plus tard avec moi pour avoir un arrêt de travail. Voilà c'est ça la considération qu'on a aujourd'hui. Voilà. On est très très faible. »

« Donc pas l'impression que ça ait changé grand chose quoi ? »

« En dehors que le spécialiste psychiatre a envoyé au spécialiste généraliste pour faire l'arrêt de spécialiste de médecine générale. Voilà. »

« Et pour finir, on parlait justement tout à l'heure de la notion de médecin de famille. J'ai trouvé dans mes recherches, trois notions qui ressortaient pour lesquelles à chaque fois il donnait des définitions. Ces trois notions c'était famille d'origine, famille actuelle et famille dont vous êtes le médecin. »

« Famille... »

« Famille d'origine, famille actuelle et famille dont vous êtes le médecin. Moi, cela ne me parlait pas forcément, donc je me suis dit que j'allais vous la poser et voir si vous cela vous évoque quelques chose ? En deux, trois mots que veux dire pour vous famille d'origine, famille actuelle et famille dont vous êtes le médecin ? »

« Je ne sais pas. Je ne sais pas. Aucune idée. »

« Est ce que pour vous votre patientèle peut représenter une famille, sans que cela soit... »

« Pas du tout. »

« Elle n'a pas d'impact dans votre vie ? »

« Cela l'a peut être été à un moment mais tout comme eux on considère qu'on peut changer de médecin très rapidement, donc voilà. Et nous on change de patients très rapidement. Et quand il y en a un qui ne me plaît pas, je fais comme le conseil de l'ordre me l'a dit, c'est à dire je lui envoie un courrier en disant j'arrête d'être son médecin traitant et j'envoie un double au conseil et un au patient qui n'est plus mon patient. Ça change aussi que ça maintenant. »

« Et ce changement vous pensez qu'il est du à quoi ? A la société, à... »

« Oui. Les gens ils veulent tout, tout de suite, le résultat tout de suite, le bon traitement tout de suite, pour pas cher et à 20H le vendredi soir et ils ne comprennent pas que le samedi et le dimanche ce soit fermé. Et puis voilà, ils ne comprennent pas que le médecin aille se former et puis voilà. Donc bon, pourquoi, parce qu'il y a des faisceaux de la société qui font que notre pratique elle bouge et après je ne vais pas me lancer dans les considérations politiques et autres, mais voilà on est dans un pays qui ne valorise pas le fameux médecin généraliste spécialisé. On préfère valoriser d'autres spécialités, que ce soit financièrement ou autre. Pour exemple, il y a deux jours la cours des comptes qui a gentiment dit qu'il faut qu'on ouvre les week-ends, les jours fériés pour désengorger les urgences, le plus tard dans la journée et pour pas cher parce qu'on est quand même les moins bien payés en Europe.

Voilà. Donc je comprends que plus personne ne veuille s'installer et à refaire je me demande...Voilà. »

« Ah oui...Merci. »

f) Entretien n°6

Durée : 12'20

Interviewer : « Que pensez vous de l'idée d'être le médecin de ses proches ? »

Répondant : « Bonne question...{rires} Je pense que c'est compliqué. Que c'est compliqué. Que voilà il y a l'affectif qui rentre en jeu donc avec moins de neutralité et plus de subjectivité forcément. »

« Est ce que vous cela vous est déjà arrivé de devoir suivre, de plein gré ou de... suivre quelqu'un de votre famille ?»

« Alors de loin, j'essaie d'être le plus loin. Si c'est...alors il y a la cellule familiale proche et puis après la famille un peu plus élargie ou là on peut me demander des conseils et je peux donner un conseil, cela ne me dérange pas mais dès que c'est un peu plus poussé je renvoie vers le médecin traitant. »

« Vous ne suivez pas personne, en tant que médecin traitant déclaré ou... »

« Mon conjoint c'est tout. »

« Que pensez vous, de manière plus générale, de la proximité affective entre un médecin et son patient ? »

« J'essaie d'éviter au maximum. »

« De mettre une distance... »

« Une distance, oui tout à fait. »

« Et pourquoi créer cette distance ? »

« Parce que je sens que je ne suis pas à l'aise peut être avec des relations qui seront...voilà...c'est un peu le même principe qu'avec la famille, la subjectivité, l'affectivité qui fait que la réponse ne sera pas neutre comme je le souhaiterai. »

« Et donc une impression d'être moins bon médecin du coup pour les patients... »

« Oui, bah oui...et en plus de moins bien le vivre avec moins de distance et voilà...et avec plus voilà...j'ai l'impression que je ferai moins bien effectivement d'une part et en plus que ça me...ce sera plus difficile émotivement enfin pour moi de prendre la bonne distance. »

« Et comment vous faites du coup pour mettre cette distance ? Est ce que vous avez une technique ? Est ce une distance physique que vous instaurez ? Est ce que finalement c'est un peu au feeling que ça se crée avec les patients au fur et à mesure ? »

« J'essaie d'être professionnelle au maximum. Donc effectivement d'avoir, de bien faire comprendre qu'on est dans une relation professionnelle et pas proche. »

« Vous n'avez jamais suivi de formation pour vous apprendre comment gérer... »

« Si oui, oui. La relation médecin-patient, il y a quelques formations qui se font. Effectivement j'en ai fait. »

« Et qui vous ont apporté... »

« Oui tout a fait. Et aussi une supervision personnelle. »

« Oui, ça vous a appris sur vous même... »

« Oui, alors ça c'est des formations effectivement en groupe, et puis oui je vous dis une supervision par un thérapeute que j'ai fait par rapport à ça...pour avoir la bonne distance. Et puis je pense que c'est l'expérience aussi, au tout départ c'était sûrement moins facile et avec les années j'ai l'impression...enfin je me sens à l'aise, pas envahie.. »

« D'accord. Une question encore plus générale, qu'est ce qui fait selon vous le lien entre la proximité affective et votre gestion des émotions ? »

« Alors comment ça ? »

« Alors est ce que déjà, est ce que pour vous justement que ce soit votre manière de vous sentir proche et justement des émotions que ça procure en vous, est ce qu'il y a un lien qui se fait entre les deux ou justement vous faites en sorte que votre gestion des émotions soit complètement indépendante ? Par exemple, vous suivez quelqu'un depuis des années, donc forcément il y a un lien qui se crée, beaucoup plus qu'avec

la personne qui arrive que vous veniez juste de rencontrer... »

« Oui, tout a fait. »

« Comment ça se passe entre les deux ? Entre ce que vous ressentez et justement le lien qui peut se créer avec ces gens là ? »

« Et bah j'essaie d'être dans la relation la plus...d'apporter le maximum et d'être le plus présent possible au moment de la consultation. Je pense que je donne tout à ce moment là et que en sortant...mon cerveau fait vraiment une distinction et d'ailleurs je le vois en groupe de pairs quand on parle de patients...j'ai des collègues qui connaissent parfaitement l'histoire de leurs patients, je trouve ça très fort, et moi je me rends compte que je ne la connais pas forcément très bien mais je sais que quand je suis dans la relation, je suis complètement. Mais mon cerveau doit faire une sorte de distance après qui fait que je ne saurai plus très bien expliquer tout ce qui s'est passé. »

« Vous êtes donc à fond dans chaque consultation sans que celle d'avant empiète un petit peu sur celle d'après... »

« Oui, oui, c'est ça. Alors je dis pas que c'est dans la théorie, enfin c'est la plupart du temps mais c'est vrai que des fois il y a certains cas où effectivement il s'est passé des choses des fois vraiment plus fortes, ou qui ont raisonné plus en moi et qui fait que je peux y penser à d'autres moments. Mais en tout cas j'essaie d'être dans la relation après la plus professionnelle possible et de ne pas effectivement mettre mes émotions sur le bureau. »

« Très bien. Est ce que vous avez en tête la définition qu'avait apporté la WONCA de la médecine générale il y a quelques années maintenant ? Si vous l'avez pas je vais vous la donner. »

« Oui, je veux bien. Il me semble l'avoir su mais... »

« Cette définition elle définit le rôle du médecin généraliste, avec les onzes compétences qui place le médecin généraliste dans la famille médicale. Qu'on doit faire une médecine coordonnée, orientée, globale... tous ces points là. Nous ce qui nous a particulièrement interpellé avec mon directeur de thèse c'est que dans cette définition ils ne font pas de différence entre médecins généralistes et médecins de famille. A chaque fois qu'ils utilisent un terme, les deux sont reliés par un petit tiret, c'est un même terme pour décrire donc le médecin généraliste. Vous est ce que vous pensez justement qu'entre médecin généraliste et médecin de famille il y a une différence ? »

« Bah non pas trop, parce que je me mets par définition le médecin généraliste est un médecin de famille, par rapport, par exemple si on parle du relationnel, par rapport à un médecin psychiatre ou psychologue paramédical ou justement la distinction se fait bien parce qu'ils ne suivent pas des gens de la même famille. Nous par définition on suit des gens d'une même famille, ça fait partie du travail du médecin généraliste. »

« Les deux sont donc liés ? »

« Il me semble, oui »

« Vous vous sentez autant médecin de famille avec certains patients que médecin généraliste, il n'y a pas de distinguo... »

« Bah oui. Souvent, on a la famille...c'est ça la plupart du temps. Donc oui, la différence je ne l'ai pas trop. »

« Est ce que la spécialisation de la médecine générale, depuis un peu plus de 10 ans, est que pour vous ça a changé quelque chose ? Qu'on vous dise aujourd'hui, que vous êtes médecin spécialiste en médecine générale ? »

« Au niveau de la relation ? »

« Au niveau de la relation. Au niveau général. »

« Je trouve que c'est une reconnaissance de notre spécialité. Déjà c'est un peu réconfortant par rapport aux autres spécialités. Après, ce qui va avec c'est certainement plus de recherches, l'enseignement qui va dans le sens de la théorisation de la médecine générale. Je trouve ça intéressant pour ça. Oui, ça va dans le sens. Après est ce que ça a changé quelque chose ? Moi, effectivement je suis arrivée à ce moment là, du coup je n'ai pas su avant comme c'était... »

« Et par rapport aux patients est ce que vous avez l'impression qu'on est peut être aussi important que le spécialiste d'organe, ou est ce qu'il y a toujours une différence entre spécialiste d'organes et le généraliste ? »

« Non je crois qu'ils nous font vraiment confiance. J'étais assez surprise parce effectivement je pense, comme beaucoup, en faisant nos études on a souffert que la médecine générale était quand même moins valorisée et que finalement auprès du patient, les patients nous font vraiment confiance, en mettant le lien...alors évidemment ils font confiance à leur spécialiste d'organes mais souvent ils reviennent vers nous après pour savoir ce que l'on pense, ils

nous font vraiment confiance. Est ce que ça change depuis qu'on est spécialiste ou pas, je ne sais pas, puisque je n'ai pas connu avant. Mais non, je trouve qu'on est assez valorisé quand même par les patients. »

« Et enfin une dernière question, car justement en travaillant sur la notion de médecin de famille. A chaque diaporama que je trouvais qui reprenait ces idées là, il y avait trois notions qui revenaient à chaque fois, qui je vous avoue moi ne me parlait pas vraiment, je n'arrivais pas à comprendre ce à quoi renvoyait ces notions. Donc en en discutant avec mon directeur de thèse, on s'est dit qu'on allait les intégrer à ces entretiens pour savoir si vous, elles vous parlent. Ces trois notions c'était famille d'origine, famille actuelle et famille dont vous êtes le médecin. En fait à chaque fois qu'il était amené une réflexion sur le médecin de famille, il était demandé aux intervenants de réfléchir sur ces trois notions et d'en donner une petite définition, en deux trois mots. Si je vous dis famille d'origine, pourriez vous me donner une petite définition de ce qu'est pour vous, votre famille d'origine ? »

« {silence} »

« Est ce que cela vous évoque quelque chose ou pas ? »

« Ouais, ouais »

« Ou est ce que pour vous ces trois notions sont emmêlées, voir veulent dire la même chose et renvois à une idée générale de Famille ? »

« Au niveau des patients ? »

« Oui, par exemple, et personnel »

« Donc j'entends dans votre question famille d'origine, c'est à dire l'enfant qu'à pu être le patient par rapport à sa famille... »

« Dans ces notions, on peut mettre beaucoup de chose... »

« Bah c'est ça oui... »

« On peut mettre des choses tout aussi personnelle...donc c'était vous, quand je vous dis ça, qu'est ce qui vous vient comme première idée ? Famille d'origine, à quoi vous pensez en premier ? »

« À ça peut être, à ce que je viens de dire. D'où le patient est originaire, enfin sa famille d'enfance. Sa famille actuelle, ce qu'il a construit actuellement, à l'âge adulte...enfin si on parle d'adulte en l'occurrence. Et puis famille générale...c'est ça famille générale ? »

« Famille dont vous êtes le médecin...enfin c'est médecine de famille, famille dont vous êtes le médecin »

« Euh, oui son environnement, ce qu'on définit comme famille, ses relations aussi, famille élargie, famille de cœur pas forcément de lien officiel, famille symbolique. C'est essentiel. »

« Parfait, merci beaucoup. »

g) Entretien n°7

Durée : 10'35

Interviewer : « Que penses tu de l'idée d'être le médecin de ses proches ? »

Répondant : « Moi je ne suis pas du tout à l'aise avec ça... c'est assez compliqué. Proche famille c'est toujours délicat. En tout cas pour dépanner en cas de petite pathologie aigue, oui, pour une pathologie plus chronique, plus compliquée, j'ai un peu plus de mal parce que je pense il y a les sentiments qui rentrent en jeu et du coup je suis pas sure d'être assez, on va dire, objective dans la prise. Voilà, après je suis quand même le médecin traitant de quelques amis, c'est toujours un petit peu compliqué dans la prise en charge...pour l'instant ça va, mais c'est vrai que c'est toujours un petit peu délicat. »

« Que penses tu, de manière plus générale, de la proximité affective entre un médecin et son patient ? »

« C'est toujours compliqué, il faut toujours savoir mettre un petit peu les distances, mais après il y a toujours le relationnel qui peut être différent en fonction de la personne et il y a des personnalités où on va bien s'entendre donc...il y a des patients auxquels tu vas t'attacher ou des patients où tu vas avoir affaire en dehors du côté médecin-patient parce que pour x raisons dans la vie de tous les jours...ça peut évoluer parfois vers de l'amitié

mais c'est toujours délicat...après je pense qu'il faut réussir à garder un cadre et arriver à se préserver. Après si c'est vraiment une vraie amitié, considérer que c'est une amitié, et peut être éventuellement poser la question « Est ce que ça te dérange que je sois toujours ton médecin ? ». Je pense qu'il faut quand même posé cette question, à un moment ou à un autre, dans la relation. »

« Tu n'as jamais fait de formation pour justement apprendre à mettre une bonne distance, ce cadre ? »

« Non, mais je pense qu'il faudrait que j'en fasse...on en a eu quelques idées pendant les études de médecine, même pendant la formation en médecine générale on a eu quelque chose, mais je pense que cela peut être pas mal de refaire quelques petits rapports et savoir...voilà...si j'en ai fait une mais je crois que c'était savoir dire non aux patients. »

« Tu ne fais pas partie de groupe de pairs, de groupe Balint ? »

« Non, je n'ai pas de groupe de pairs, de Balint...après on se réunit toutes les semaines avec des amis médecins, on déjeune soit ensemble...c'est pas un vrai groupe de pairs, c'est pas un vrai groupe de Balint mais ça nous fait un petit repère la semaine et soupape, on échange un peu autour de nos difficultés personnelles ou professionnelles en tout cas. »

« Qu'est ce qui fait selon le lien entre la proximité affective et la gestion des émotions ? »

« Entre proximité affective et gestion des émotions...très bonne question {rires}. C'est savoir discerner...comment dire... bon après il y a toujours le côté « tu es médecin » et savoir être professionnelle et rester bien professionnel et discerner bien les bénéfices et risques par rapport aux patients mais il y a quand même l'affectif qui va être la...donc dans ta décision il y a quand même toujours de l'affectif qui va être présent et...il faut savoir essayer que cet affectif ne prenne pas trop le dessus. Et parfois ce qui peut arriver, ce qui peut être pas mal, ce qui m'arrive en tout cas quand l'affectif prend trop le dessus et bah je dis « Ecoutez je vais réfléchir un peu plus à votre problème, je vous rappelle ou on se revoit » donc il faut savoir, je pense, parfois dire on va réfléchir un peu plus longtemps pour discerner justement bien le pour du contre et prendre la bonne décision par rapport à la prise en charge notamment. »

« Est ce que tu as en tête la définition de la WONCA de la médecine générale ? »

« C'est un peu loin ça. »

« Pour faire simple, elle reprend, tu sais, les onze compétences du médecin généraliste. Et en fait moi ce qui m'a surtout interpellé c'est qu'elle ne fait pas de différence entre médecin généraliste et médecin de famille. Les deux termes sont toujours reliés par un tiret, il n'y a pas de distinguo. Est ce que pour toi il y en a un justement ? »

« Oui, pour moi oui. Car un médecin généraliste n'est pas toujours un médecin de famille. En tout cas, moi quand j'ai voulu faire ces études le médecin généraliste c'était le médecin de famille. Aujourd'hui avec l'évolution des choses, ce n'est plus tout à fait le cas, et ce n'est pas toujours le médecin de famille parce que des fois on suit la mère ou le père et pas forcément les enfants parce que maintenant il y a les pédiatres. On ne suit pas forcément toute la famille. Un médecin généraliste est un médecin généraliste mais moins un médecin de famille, c'est complètement différent. Et le médecin de famille ça peut être aussi le pédiatre qui suit tout le monde depuis le début mais je dis ça mais...y'a des gens qui sont parfois plus à l'aise avec certains spécialistes par exemple. Mais médecin généraliste ce n'est pas, pour moi, toujours médecin de famille et certains n'ont pas forcément envie de le faire. Moi, je sais, je vois mes patients, je demande toujours des nouvelles des petits tout ça mais il y en a certains je pense que non, ils voient juste les patients à l'instant t pour la pathologie ou autre et quand on arrive à discuter...mais ça, ça dépend vraiment de chaque médecin. »

« Tu as fait parti de la génération, je crois, des médecins spécialistes en médecine générale, est ce que pour toi elle a apporté quelque chose, elle a changé quelque chose à notre profession ? »

« Je pense que ça a apporté une légitimité à la médecine générale. Je pense que c'est important que l'on soit considéré comme une spécialité parce qu'on nous a longtemps dénigré. Moi, en tout cas dans mes études et quand j'ai fait mes stages en tant que médecin généraliste notamment interne, j'ai senti cette différence entre l'interne de médecine générale et l'interne de spécialité. Mais avec l'évolution des choses, avec le fait aussi que les médecins généralistes fassent aussi l'internat, il y a une meilleure communication avec les jeunes spécialistes en tout cas et peut être plus un côté égalité qu'on avait un peu moins avec les anciens, parce que...voilà...il y a toujours eu une inégalité. Les spécialistes c'est entre guillemets « les meilleurs », les médecins généralistes sont un peu moins bons. Mais pour moi la médecine générale est une spécialité à part entière, parce qu'on est quand même ceux qui voient les patients le plus souvent, ceux qui sont censés détecter les problèmes au plus tôt et ceux qui sont quand même en première ligne pour les urgences donc on est quand même le maillon de la chaîne, un peu le plus important parce que c'est nous qui déclenchons les choses et le spécialiste vient derrière mais vient ponctuellement

dans la vie d'un patient. Moi, je trouve ça super important que ça a été fait, maintenant à voir après comment ça évolue...mais en plus on lance un petit peu des recherches, des choses comme ça, et ça peut être très intéressant pour faire évoluer les choses. »

« Et par rapport aux regards des patients ? Est ce que tu as l'impression qu'ils l'ont intégré ? que cela a changé quelque chose pour eux ? »

« Non, par contre je ne suis pas sûre qu'ils fassent la différence. Qu'on soit spécialiste, pas spécialiste on reste médecin généraliste. Par rapport aux patients, je ne pense pas qu'ils aient vu la différence. Ils savent faire la différence, le médecin généraliste c'est celui qu'on voit très souvent ou pas mais en tout cas c'est celui qui est la plus accessible et le spécialiste c'est celui qui est moins accessible. »

« Et la dernière question, très très générale, c'est sur la notion de médecin de famille. Dans mes recherches je retrouvais toujours trois notions qui étaient famille d'origine, famille actuelle, famille dont vous êtes le médecin et à chaque fois on retrouvait une petite définition en deux trois mots. Pour moi, c'était des notions qui étaient très vague, du coup je me suis dit que j'allais vous poser la question. Si je te dis famille d'origine, de définir cette notion en deux trois mots ? »

« Famille d'origine c'est que tu commences à suivre une personne et tu continues à suivre sa famille au fil des générations. Moi j'aurai dit ça... moi je l'aurai vu comme ça. Donc après voilà, c'est à la condition qu'il ne déménage pas, qu'il ne bouge pas voilà... mais après actuellement aujourd'hui c'est ça aussi qui joue, les gens ils bougent beaucoup plus, ils déménagent beaucoup plus et voilà, je pense qu'on devient les médecins de famille mais pour une durée déterminée et puis après quand ils s'en vont ou que les enfants bougent pour les études ça change un petit peu. »

« Famille actuelle ? »

« Ça peut être aussi une famille qui est venu parce que le mari ou la femme a une formation sur le moment, que c'est sur un an ou deux qu'ils reviennent après ils repartent...voilà donc ça peut être ça aussi, ça peut être sur des périodes d'un an à plusieurs années mais qui fait que on suivra pas l'enfant de A à Z quoi. »

« Et famille dont vous êtes le médecin ? »

« {longue hésitation} »

« Est ce que tu as l'impression d'avoir créer une famille en étant médecin ? »

« C'est possible, oui. Des liens qui se font un peu plus...d'autant plus quand...en fait c'est entre famille, ils se disent « allez voir tel médecin parce que c'est le mien et que ça se passe bien » et c'est vrai que souvent on a des interactions par rapport à ça. Oui, on peut être une famille dont on est le médecin, oui on peut en créer une entre guillemets parce qu'il y a des liens aussi externes qu'on ne maîtrise pas toujours ou c'est vrai qu'il y a certaines familles qui sont mes patients parce qu'au début tel famille leur avait conseillé ou par exemple quand on est le médecin d'une famille et que la grand mère arrive dans le coin ou est en maison de retraite et puis demande qu'elle soit suivi donc il a ce lien là aussi et cette poursuite de suivi là. »

4. Annexe 4 : Marguerite des compétences

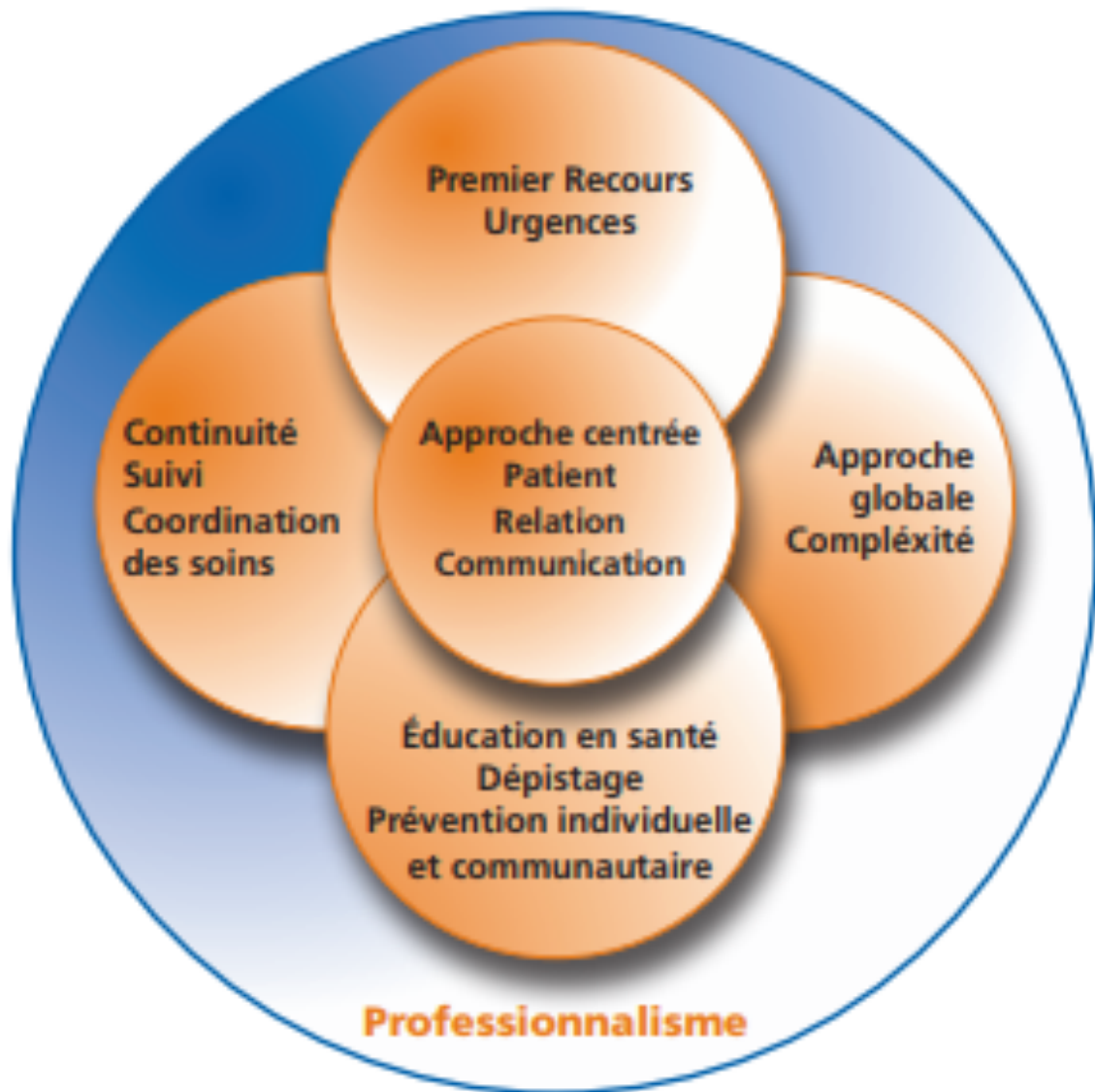


Figure 1. La « marguerite » des compétences du médecin généraliste [schéma]. La revue du praticien, vol 24, n° 108, page 151

5. Annexe 5 : Corrélations des résultats

• Avec le sexe des médecins généralistes

		Homme (effectif)	Femme (effectif)	p-value
Fréquence des sollicitations				
Parfois		37	30	0,098
Souvent		31	44	
Attitude différente				
Non	Oui	28	33	0,629
	Non	40	40	
Entre ami et famille	Oui	20	18	0,525
	Non	48	55	
Entre famille proche et famille éloignée	Oui	33	31	0,47
	Non	35	42	
Anticipation des demandes au cours du cursus universitaire				
Oui		45	50	0,769
Non		23	23	
Motivation des proches dans ces sollicitation				
La confiance qu'ils ont en vous	Oui	58	64	0,838
	Non	10	10	
Croyance en une meilleure qualité de soins	Oui	10	14	0,503
	Non	58	60	
Souhait d'un second avis médical	Oui	37	32	0,183
	Non	31	42	
Gratuité de l'acte	Oui	7	6	0,652
	Non	61	68	
Meilleur accessibilité aux soins	Oui	53	57	0,896
	Non	15	17	
Type de prise en charge				
Problèmes aigus	Oui	62	67	0,896
	Non	6	7	
Orientation vers un confrère	Oui	28	42	0,064
	Non	40	32	
Rédaction d'un certificat médical	Oui	39	54	0,05
	Non	29	20	
Renouvellement occasionnel d'une ordonnance	Oui	34	47	0,104
	Non	34	27	
Second avis médical	Oui	44	47	0,882
	Non	24	27	
Suivi médical d'une pathologie chronique	Oui	14	18	0,595
	Non	54	56	
Accès aux demandes				
Rarement/Jamais		8	11	0,556
Systématiquement/Souvent		48	49	

		Homme (effectif)	Femme (effectif)	p-value
Ressenti des médecins				
Agacement	Oui	16	22	0,404
	Non	52	52	
Plaisir	Oui	17	14	0,381
	Non	51	60	
Honneur	Oui	10	4	0,063
	Non	58	70	
Devoir	Oui	12	10	0,496
	Non	56	64	
Rien de particulier	Oui	27	26	0,574
	Non	41	48	
Source de stress	Oui	26	37	0,159
	Non	42	37	
Chantage affectif	Oui	9	3	0,049
	Non	59	71	
Interruption du suivi d'un patient proche				
Oui		15	13	0,474
Non		52	61	
Évolution de la relation médecin-patient				
Oui		48	57	0,308
Non		20	16	
Raison de l'évolution de la relation médecin-patient				
Évolution de la société	Oui	34	31	0,883
	Non	15	17	
Évolution de la médecine	Oui	14	17	0,933
	Non	35	42	
Évolution de la formation médicale	Oui	9	4	0,07
	Non	40	54	
Évolution vers la spécialisation	Oui	9	3	0,031
	Non	40	55	
Évolution personnelle	Oui	31	40	0,534
	Non	18	18	
Médecin de famille ou spécialiste en médecine générale				
Les deux		42	53	0,583
Médecin de famille		15	15	
Médecin spécialiste en médecine générale		6	4	
Différence entre les deux notions				
Oui		48	61	0,156
Non		16	11	

- Avec l'ancienneté d'installation

		Moins de 20 ans (effectif)	Plus de 20 ans (effectif)	p-value
Fréquence des sollicitations				
Parfois		43	24	0,405
Souvent		43	32	
Attitude différente				
Non	Oui	34	27	0,335
	Non	51	29	
Entre ami et famille	Oui	25	13	0,417
	Non	60	43	
Entre famille proche et famille éloignée	Oui	42	22	0,237
	Non	43	34	
Anticipation des demandes au cours du cursus universitaire				
Oui		32	14	0,146
Non		54	41	
Motivation des proches dans ces sollicitation				
La confiance qu'ils ont en vous	Oui	72	50	0,352
	Non	14	6	
Croyance en une meilleure qualité de soins	Oui	72	46	0,806
	Non	14	10	
Souhait d'un second avis médical	Oui	45	24	0,27
	Non	41	32	
Gratuité de l'acte	Oui	6	7	0,265
	Non	80	49	
Meilleur accessibilité aux soins	Oui	64	46	0,282
	Non	22	10	
Type de prise en charge				
Problèmes aigus	Oui	78	51	0,94
	Non	8	5	
Orientation vers un confrère	Oui	46	24	0,216
	Non	40	32	
Rédaction d'un certificat médical	Oui	61	32	0,091
	Non	25	24	
Renouvellement occasionnel d'une ordonnance	Oui	49	32	0,984
	Non	37	24	
Second avis médical	Oui	61	30	0,035
	Non	25	26	
Suivi médical d'une pathologie chronique	Oui	16	16	0,165
	Non	70	40	
Accès aux demandes				
Rarement/Jamais		15	4	0,034
Systématiquement/Souvent		51	46	

		Moins de 20 ans (effectif)	Plus de 20 ans (effectif)	p-value
Ressenti des médecins				
Agacement	Oui	29	9	0,02
	Non	57	47	
Plaisir	Oui	17	14	0,461
	Non	69	42	
Honneur	Oui	6	8	0,153
	Non	80	48	
Devoir	Oui	11	11	0,27
	Non	75	45	
Rien de particulier	Oui	25	28	0,012
	Non	61	28	
Source de stress	Oui	43	20	0.094
	Non	43	36	
Chantage affectif	Oui	9	3	0.285
	Non	77	53	
Interruption du suivi d'un patient proche				
Oui		14	14	0.183
Non		72	41	
Évolution de la relation médecin-patient				
Oui		62	43	0.608
Non		23	13	
Raison de l'évolution de la relation médecin-patient				
Évolution de la société	Oui	39	36	0.027
	Non	24	8	
Évolution de la médecine	Oui	13	18	0.023
	Non	50	26	
Évolution de la formation médicale	Oui	8	5	0.835
	Non	55	39	
Évolution vers la spécialisation	Oui	6	6	0.507
	Non	57	38	
Évolution personnelle	Oui	47	24	0.031
	Non	16	20	
Médecin de famille ou spécialiste en médecine générale				
Les deux		59	36	0.974
Médecin de famille		18	12	
Médecin spécialiste en médecine générale		6	4	
Différence entre les deux notions				
Oui		65	44	0.304
Non		19	8	

		Moins de 10 ans (effectif)	De 10 à 20 ans (effectif)	De 20 à 30 ans (effectif)	Plus de 30 ans (effectif)	p-value
Type de prise en charge						
Second avis médical	Oui	39	21	15	15	0.104
	Non	13	12	10	16	
Rédaction d'un certificat médical	Oui	41	19	17	15	0,028
	Non	11	14	8	16	
Accès aux demandes						
Rarement/Jamais		9	6	4	0	0.061
Systématiquement/Souvent		27	23	20	26	
Ressenti des médecins						
Agacement	Oui	21	8	8	1	0.003
	Non	31	25	17	30	
Source de stress	Oui	28	14	9	11	0,303
	Non	24	19	16	20	
Rien de particulier	Oui	11	14	12	16	0,018
	Non	41	19	13	15	
Raison de l'évolution de la relation médecin-patient						
Évolution de la société	Oui	23	16	19	17	0,129
	Non	16	7	3	5	
Évolution de la médecine	Oui	4	3	4	1	0,542
	Non	35	20	18	21	
Évolution personnelle	Oui	31	16	11	13	0,097
	Non	8	7	11	9	

- Avec le lieu d'installation

		Plutôt rural (effectif)	Plutôt urbain (effectif)	p-value
Fréquence des sollicitations				
Parfois		29	37	0,522
Souvent		37	38	
Attitude différente				
Non	Oui	31	29	0,353
	Non	35	45	
Entre ami et famille	Oui	16	22	0,466
	Non	50	52	
Entre famille proche et famille éloignée	Oui	22	42	0,005
	Non	44	32	
Anticipation des demandes au cours du cursus universitaire				
Oui		19	27	0,333
Non		47	47	
Motivation des proches dans ces sollicitation				
La confiance qu'ils ont en vous	Oui	56	65	0,757
	Non	10	10	
Croyance en une meilleure qualité de soins	Oui	8	16	0,146
	Non	58	59	
Souhait d'un second avis médical	Oui	33	35	0,693
	Non	33	40	
Gratuité de l'acte	Oui	6	7	0,96
	Non	60	68	
Meilleur accessibilité aux soins	Oui	50	60	0,544
	Non	16	15	
Type de prise en charge				
Problèmes aigus	Oui	58	70	0,264
	Non	8	5	
Orientation vers un confrère	Oui	31	39	0,551
	Non	35	36	
Rédaction d'un certificat médical	Oui	44	48	0,74
	Non	22	27	
Renouvellement occasionnel d'une ordonnance	Oui	37	43	0,879
	Non	29	32	
Second avis médical	Oui	44	46	0,511
	Non	22	29	
Suivi médical d'une pathologie chronique	Oui	16	16	0,681
	Non	50	59	
Accès aux demandes				
Rarement/Jamais		9	10	0,969
Systématiquement/Souvent		45	51	

		Plutôt rural (effectif)	Plutôt urbain (effectif)	p-value
Ressenti des médecins				
Agacement	Oui	18	20	0,935
	Non	48	55	
Plaisir	Oui	13	17	0,667
	Non	53	58	
Honneur	Oui	5	9	0,381
	Non	61	66	
Devoir	Oui	9	12	0,694
	Non	57	63	
Rien de particulier	Oui	25	28	0,947
	Non	41	47	
Source de stress	Oui	23	39	0,041
	Non	43	36	
Chantage affectif	Oui	7	5	0,403
	Non	59	70	
Interruption du suivi d'un patient proche				
Oui		10	18	0,204
Non		55	57	
Évolution de la relation médecin-patient				
Oui		50	54	0,707
Non		16	20	
Raison de l'évolution de la relation médecin-patient				
Évolution de la société	Oui	35	40	0,643
	Non	16	15	
Évolution de la médecine	Oui	14	17	0,696
	Non	37	38	
Évolution de la formation médicale	Oui	8	5	0,301
	Non	43	50	
Évolution vers la spécialisation	Oui	7	5	0,452
	Non	44	50	
Évolution personnelle	Oui	31	40	0,191
	Non	20	15	
Médecin de famille ou spécialiste en médecine générale				
Les deux		44	50	0,858
Médecin de famille		15	15	
Médecin spécialiste en médecine générale		4	6	
Différence entre les deux notions				
Oui		51	57	0,796
Non		12	15	

- Avec le mode d'installation

		Associé (effectif)	Seul (effectif)	p-value
Fréquence des sollicitations				
Parfois		59	8	0,064
Souvent		57	18	
Attitude différente				
Non	Oui	48	13	0,443
	Non	67	13	
Entre ami et famille	Oui	31	7	0,997
	Non	84	19	
Entre famille proche et famille éloignée	Oui	55	9	0,722
	Non	60	17	
Anticipation des demandes au cours du cursus universitaire				
Oui		40	6	0,25
Non		75	20	
Motivation des proches dans ces sollicitation				
La confiance qu'ils ont en vous	Oui	99	23	0,68
	Non	17	3	
Croyance en une meilleure qualité de soins	Oui	19	5	0,726
	Non	97	21	
Souhait d'un second avis médical	Oui	60	9	0,115
	Non	56	17	
Gratuité de l'acte	Oui	9	4	0,223
	Non	107	22	
Meilleur accessibilité aux soins	Oui	91	19	0,554
	Non	25	7	
Type de prise en charge				
Problèmes aigus	Oui	105	24	0,775
	Non	11	2	
Orientation vers un confrère	Oui	55	15	0,343
	Non	61	11	
Rédaction d'un certificat médical	Oui	78	15	0,355
	Non	38	11	
Renouvellement occasionnel d'une ordonnance	Oui	70	11	0,093
	Non	46	15	
Second avis médical	Oui	79	12	0,035
	Non	37	14	
Suivi médical d'une pathologie chronique	Oui	22	10	0,032
	Non	94	16	
Accès aux demandes				
Rarement/Jamais		17	2	0,266
Systématiquement/Souvent		76	21	

		Associé (effectif)	Seul (effectif)	p-value
Ressenti des médecins				
Agacement	Oui	33	5	0,337
	Non	83	21	
Plaisir	Oui	26	5	0,723
	Non	90	21	
Honneur	Oui	10	4	0,296
	Non	106	22	
Devoir	Oui	18	4	0,987
	Non	98	22	
Rien de particulier	Oui	42	11	0,561
	Non	74	15	
Source de stress	Oui	53	10	0,503
	Non	63	16	
Chantage affectif	Oui	10	2	0,878
	Non	106	24	
Interruption du suivi d'un patient proche				
Oui		20	8	0,123
Non		95	18	
Évolution de la relation médecin-patient				
Oui		91	14	0,008
Non		24	12	
Raison de l'évolution de la relation médecin-patient				
Évolution de la société	Oui	62	13	0,046
	Non	31	1	
Évolution de la médecine	Oui	26	5	0,551
	Non	67	9	
Évolution de la formation médicale	Oui	13	0	0,136
	Non	80	14	
Évolution vers la spécialisation	Oui	10	2	0,696
	Non	83	12	
Évolution personnelle	Oui	62	9	0,86
	Non	31	5	
Médecin de famille ou spécialiste en médecine générale				
Les deux		80	15	0,168
Médecin de famille		21	9	
Médecin spécialiste en médecine générale		9	1	
Différence entre les deux notions				
Oui		88	21	0,593
Non		23	4	

- Des facteurs entre eux

	Homme (effectif)	Femme (effectif)	p-value
Lieu d'installation			
Rural	33	33	0,693
Urbain	35	40	
Ancienneté d'installation			
Moins de 10 ans	21	31	0,001
De 10 à 20 ans	11	22	
De 20 à 30 ans	11	14	
Plus de 30 ans	25	6	
Mode d'installation			
Cabinet de groupe	48	55	0,797
Maison de santé	6	7	
Seul	14	12	

	Moins de 20 ans (effectif)	Plus de 20 ans (effectif)	p-value
Mode d'installation			
Cabinet de groupe	66	37	0,102
Seul	11	15	
Maison de sante	9	4	
Lieu d'installation			
Rural	35	31	<u>0,069</u>
Urbain	51	24	

	Moins de 10 ans (effectif)	De 10 à 20 ans (effectif)	De 20 à 30 ans (effectif)	Plus de 30 ans (effectif)	p-value
Lieu d'installation					
Rural	23	11	14	17	0.207
Urbain	29	22	11	13	

- Avec l'anticipation de ces demandes au cours du cursus universitaire

		Non anticipées (effectif)	Anticipées (effectif)	p-value
Ressenti des médecins				
Agacement	Oui	24	14	0,516
	Non	71	32	
Plaisir	Oui	23	8	0,359
	Non	72	38	
Honneur	Oui	8	5	0,638
	Non	87	41	
Devoir	Oui	14	7	0,94
	Non	81	39	
Rien de particulier	Oui	39	13	0,14
	Non	56	33	
Source de stress	Oui	41	21	0,78
	Non	54	25	
Chantage affectif	Oui	8	4	0,956
	Non	87	42	
Accès aux demandes				
Rarement/Jamais		13	6	0,977
Systématiquement/Souvent		66	30	

Résumé

La médecine générale a subi de profonds bouleversements ces cinquante dernières années, renouvelant les bases de la relation médecin-patient. Réfléchissant sur l'impact de la proximité affective dans cette relation sur l'exercice de la médecine générale, dans une société en évolution permanente, nous avons fini par nous interroger sur l'existence du "médecin de famille", dont le rôle est décrit par la WONCA de 2002, en France aujourd'hui.

MATÉRIELS ET MÉTHODE : Nous avons mené une étude quantitative, par l'envoi d'un questionnaire, et qualitative, par le biais d'entretiens semi-dirigés, auprès des médecins généralistes installés en Charente-Maritime en 2017. Notre but était de recueillir les impressions, les expériences et avis des médecins généralistes sur la question posée par ce travail.

RÉSULTATS : 142 médecins ont répondu au questionnaire et sept entretiens ont été menés. Tous les médecins participants ont été un jour exposés aux demandes de soins de membres de leurs familles. L'accès à ces sollicitations s'intègre dans le cadre d'un sentiment d'obligation, de responsabilité et d'une crainte du conflit de la part du médecin généraliste vis-à-vis de ses proches. Les jeunes installés semblent plus méfiants des répercussions de ces demandes, que leurs aînés.

Selon les médecins généralistes, la notion de médecin de famille existe toujours aujourd'hui. Elle n'est cependant qu'une branche de la pratique de la spécialité médecine générale. Ces différents rôles sont, par ailleurs, imposés au médecin par le patient.

CONCLUSION : L'exposition aux demandes de soins de ses proches est une chose inévitable pour un médecin généraliste. Il se doit d'avoir une pleine conscience de la spécificité de cette prise en charge, du fait de la proximité affective, pour se prémunir du retentissement qu'elles peuvent avoir. Il en va de même pour le proche patient pour lequel le médecin généraliste peut avoir figure de médecin de famille ou de médecin spécialiste en médecine générale.

MOT-CLES : Relation médecin-patient, Proximité affective, Médecin de famille, Médecin spécialiste de médecine générale, Soins des proches.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

