

**UNIVERSITÉ PARIS-DIDEROT - PARIS 7**

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année 2013

n°

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE**  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**Laura MARIN MARIN**

**Née le 5 octobre 1984, à Paris IVe**

---

*Présentée et soutenue publiquement le*

---

**POSITIONNEMENT DES INTERNES EN MÉDECINE GÉNÉRALE  
FACE AUX PROBLÈMES DE SANTÉ DE LEURS PROCHES**

Enquête quantitative et qualitative auprès des internes du département de médecine  
générale de Paris-Diderot

Président de thèse : Professeur Jean-Pierre Aubert

Directeur de thèse : Professeur Eric Galam

**DES de Médecine Générale**

# Remerciements

---

Au Pr Jean-Pierre Aubert pour avoir accepté de présider cette thèse. Vous me faites un honneur. Merci d'avoir rendu possible la réalisation du questionnaire en ligne, que vous avez très justement appelé « Daddysick ».

Au Pr Eric Galam pour avoir dirigé ce travail avec enthousiasme et l'avoir guidé avec des conseils pertinents, efficaces et soutenus.

Aux internes, pour s'être livrés, en particulier pendant les entretiens. Pour avoir donné autant de matière à travailler, précieuse, que j'ai essayé d'utiliser avec respect.

A mes maîtres, pour m'avoir montré la médecine que je veux pratiquer, et grâce auxquels je m'épanouis aujourd'hui dans mon travail.

Egalement au département de médecine générale de Paris 7-Diderot, au sein duquel je me suis sentie accompagnée pendant ma formation.

Aux soignants rencontrés pendant ma formation, pour avoir participé à l'apprentissage de mon métier, et avoir rendu l'internat moins difficile.

A Sandy, correctrice de luxe, à qui aucune règle de français n'échappe et à son intérêt pour mon travail qui m'a beaucoup touché.

A ma sœur, qui me pousse à me poser toujours plus de questions.

A ma mère, simplement la meilleure.

A mon papito de mi corazon.

A mon papi, qui avait raison.

A ma mamie, un, deux, troisième année.

A mes tantes, à mes cousins.

A Caroline, Manon et à mon chachou, pour leur présence, leur soutien, et leur réconfort parfois, depuis le premier jour de mes études.

Aux relecteurs, Sarah et Bernard. A Thomas Grossetête, chef guitariste, pour son aide.

A Fabien.

Aux autres, merci.

# Table des matières

---

Remerciements.....	1
Table des matières.....	2
Introduction.....	6
I. Contexte.....	7
II. Pourquoi ?.....	9
III. Quels problèmes ?.....	11
IV. Quelle régulation ?.....	14
V. Quelles recommandations ?.....	16
VI. Notre question.....	19
Méthode.....	21
I. Choix de la méthode.....	22
II. Questionnaires.....	23
1. Participants, 2. Inclusion, 3. Nombre de sujets nécessaires, 4. Modalités de recueil des données, 5. Données étudiées, 6. Analyse des données, 7. Aspects légaux, 8. Calendrier de l'étude.....	23
III. Questions à texte libre.....	25
1. Données étudiées, 2. Analyse des données.....	25
IV. Entretiens.....	26
1. Participants, 2. Nombre de sujets nécessaires, 3. Organisation des entretiens, 4. Modalités de recueil de données, 5. Données étudiées : guide d'entretien, 6. Analyse des données.....	26
Résultats : questionnaires.....	28
I. Nombre de réponses.....	29
II. Caractéristiques des répondants.....	30
1. Sexe, 2. Semestre d'internat au cours duquel le questionnaire est complété, 3. Réalisation du stage ambulatoire de niveau 1.....	30
III. Fréquence des sollicitations.....	32
1. Nombre de confrontations à la maladie chez un proche, 2. Nombre de sollicitations par un proche pour un problème de santé, 3. Nombre d'interventions en position de soignant, 4. Nombre d'interventions auprès d'autres soignants pour un proche, 5. Nombre de refus d'intervenir sur le plan médical à la demande d'un proche, 6. Nombre de refus de répondre à une question médicale d'un proche, 7. Demande d'informations médicales à un proche.....	32
IV. Situation approfondie.....	36
1. Type de situation, 2. Ancienneté de la situation, 3. Proche concerné, 4. Caractéristiques de la situation, 5. Domaine médical concerné, 6. Actions réalisées, 7. Prescription de médicaments, 8. Orientation, 9. Difficultés pratiques, 10. Difficultés dans le vécu.....	36
V. Corrélations.....	43
1. Fréquence des sollicitations, 2. Type de situation approfondie, 3. Proche concerné, 4. Actions réalisées, 5. Prescription de médicaments, 6. Orientation, 7. Difficultés pratiques, 8. Difficultés dans le vécu.....	43
Au total.....	48
Résultats : Questions à texte libre.....	49
I. Autres difficultés dans la pratique en tant que soignant.....	52
La consultation informelle, La négociation pour le soin, La peur de l'erreur, La participation active aux soins, Le vécu de la maladie de son proche, La maladie grave, L'absence d'accès à l'information médicale, Le désaccord avec le médecin soignant.....	52
II. Autres difficultés dans le vécu.....	54
III. Avantages dans la pratique.....	55

	Mise à jour des connaissances, Réalisation du statut de patient, meilleure information et amélioration de l'empathie, Facilités de navigation dans système de soins, Satisfaction et reconnaissance, Recommandations, Aucun.....	55
IV.	Avantages pour les proches.....	57
	Avantage pratique, Faire appel aux compétences médicales, Les avantages d'une relation déjà existante.....	57
V.	Impacts sur les proches.....	59
	Les sollicitations, Particularités de prise en charge, Vécu du proche, Vécu de l'interne, Autres.....	59
VI.	Impacts sur la pratique.....	62
	Impacts sur la pratique médicale standard, Impacts sur la pratique médicale auprès des proches.....	62
VII.	Limitations dans la pratique.....	64
	Limitations liées au statut d'interne, Limitations liées à la relation préexistante, aucune.....	64
VIII.	Limites pour les proches.....	66
	L'interne médecin de son proche, Dans la consultation, Autres.....	66
IX.	Recommandations.....	69
	Ne pas soigner ses proches, Erreur et culpabilité, Garder sa place de proche, Etre un soutien, Le proche qui ne laisse pas le choix, Etre disponible, Informer ses proches, Conseiller ses proches, Donner un avis à ses proches, Rassurer ses proches, Actes simples possibles, Soins en cas d'urgence, Pas de prise en charge complexe, Adresser à un confrère, Rester objectif, Garder ses distances, Respecter le secret médical, Respecter le travail de l'équipe soignante.....	69

<b>Résultats : Entretiens.....</b>		76
I.	Résumés des entretiens.....	77
	Entretien 1, Entretien 2, Entretien 3, Entretien 4, Entretien 5, Entretien 6, Entretien 7, Entretien 8, Entretien 9, Entretien 10.....	77
II.	Facteurs influençant l'implication médicale de l'interne.....	83
	1. Facteurs liés à l'interne.....	83
	a. Particularité de la médecine générale, b. Présence de médecins dans l'entourage.....	83
	2. Facteurs liés aux proches.....	86
	a. Facilité d'accès, b. Avantages de la consultation informelle, c. Demande d'informations médicales, d. Traduction du langage médical, e. Besoin d'être rassuré.....	86
	3. Facteurs liés à la situation médicale.....	92
	Gravité de la situation.....	92
III.	Caractéristiques du patient-proche.....	93
	1. Les proches.....	93
	a. Profils de patients, b. Caractéristiques démographiques.....	93
	2. L'entourage commun.....	95
	3. Caractéristiques des demandes et adaptation du discours.....	97
IV.	Positions adoptées par les internes face à la maladie de leurs proches.....	99
	1. Garder sa place de proche.....	99
	2. Ne pas soigner.....	100
	3. Surveiller et s'informer.....	101
	4. Dépister.....	102
	5. Soigner.....	103
	a. L'interne, médecin aux yeux des proches ?, b. La consultation informelle, c. L'interrogatoire, d. L'examen clinique, e. Le soignant référent, f. Le soin, g. Les ordonnances, h. Les prescriptions, i. Les certificats, j. Le règlement d'honoraires, k. La demande de positionnement médical par l'équipe soignante, l. La négociation avec le proche pour sa prise en charge.....	103
V.	Relations avec le personnel soignant.....	111
	1. Orienter vers le médecin traitant, le spécialiste, l'hôpital.....	111
	a. La majorité des internes ont orienté leurs proches vers leur médecin traitant, b. Plusieurs internes ont orienté leurs proches vers un médecin de spécialité, c. Quelques internes ont orienté leurs proches vers l'hôpital.....	111
	2. Faire l'intermédiaire avec le médecin soignant.....	113
	3. Faire équipe avec le médecin soignant.....	113
	4. Intervenir auprès du médecin soignant.....	113

	5.	Critiquer le médecin soignant.....	114
	a.	Critique du médecin traitant, b. Critique du spécialiste, c. Critique de l'équipe hospitalière.....	114
	6.	Mettre le médecin traitant à l'écart.....	118
	7.	Avoir confiance en le médecin soignant.....	118
	8.	Compléter le travail du médecin soignant.....	120
	9.	Prendre un avis pour son proche.....	120
	10.	Consulter avec son proche.....	120
	11.	Naviguer dans le système de soins.....	121
VI.		Difficultés rencontrées par l'interne.....	123
	1.	Limites des compétences.....	123
	a.	Questions de spécialistes, b. Questions de bobologie, c. Limites de la formation médicale.....	123
	2.	Manque d'objectivité.....	127
	3.	Prise de responsabilité.....	128
	4.	Discordances entre les positions de proche et d'interne.....	129
	5.	Limites de l'information médicale.....	130
	a.	Le défaut d'information, b. La déformation de l'information, c. Les proches qui ne réalisent pas ce qui se passe.....	130
VII.		Ressenti de l'interne.....	134
	1.	Vécu affectif.....	134
	a.	Du comportement des proches, b. De la situation.....	134
	2.	Prendre sur soi.....	135
	3.	Garder pour soi les informations et les inquiétudes.....	137
	a.	L'interne comprend différemment, b. L'interne garde ce qu'il a compris pour lui.....	137
	4.	Un positionnement naturel, mais modifiable ?.....	140
	a.	Un positionnement instinctif, b. Être pris au piège.....	140
	5.	Une place privilégiée.....	143
	a.	Position particulière par rapport au proche malade, b. Position particulière par rapport à l'entourage commun.....	143
	6.	Reconnaissance du rôle de l'interne.....	146
	a.	Par les proches, b. Par l'interne lui-même.....	146
	7.	Satisfaction.....	147
VIII.		Bilan des situations vécues.....	149
	1.	Retentissement.....	149
	a.	Retentissement sur le soin aux proches, b. Retentissement sur la pratique médicale.....	149
	2.	Besoin d'échanger avec des pairs.....	150
	3.	Recommandations.....	151

	Résultats : Récapitulatif.....	154
--	--------------------------------	-----

	Discussion.....	158
--	-----------------	-----

I.		Principaux résultats et comparaison à la littérature.....	159
	1.	Questionnaires.....	160
	a.	Fréquence des sollicitations, b. Situation approfondie .....	160
	2.	Questions à réponse libre.....	168
	a.	Autres difficultés pratiques et limitations dans la pratique, b. Autres difficultés dans le vécu, c. Impacts et avantages pour la pratique des internes, d. Impacts et avantages pour les proches, e. Limites pour les proches, f. Recommandations.....	168
	3.	Entretiens.....	173
	a.	Les idées attendues, b. Les idées émergentes.....	173
II.		Synthèse des trois approches.....	184
	1.	Pourquoi ?.....	184
	a.	Pourquoi les internes soignent leurs proches ?, b. Pourquoi les proches sollicitent les internes ?, c. Dans quelles situations ?.....	184
	2.	Comment ?.....	185
	a.	Prendre en compte les caractéristiques du proche et adapter son discours, b. Se préoccuper de l'entourage commun, c. Positionnement médical par rapport au proche, d. Positionnement médical par rapport à l'équipe soignante.....	185

3.	Quels problèmes?.....	188
4.	Quels retentissements ?.....	190
5.	Quelles recommandations ?.....	191
III.	Limites et forces de l'étude.....	192
1.	Limites.....	192
	a. Population b. Questionnaires c. Questions à réponse libre d. Entretiens.....	192
2.	Forces .....	195
IV.	Perspectives.....	197
	Conclusion.....	199
	Bibliographie.....	202
	Annexes.....	205
	Résumé.....	244

# Introduction

---

## I. Contexte

Le médecin est, comme toute personne, confronté à la maladie chez ses proches. La particularité pour lui est qu'il a les compétences de soigner. Il peut être sollicité par son proche, ou avoir lui-même la tentation de s'impliquer dans la prise en charge médicale de celui-ci.

La confusion des rôles se pose dans chaque profession, mais elle est plus sensible pour le médecin car elle touche à la santé et peut avoir de graves conséquences, bien que d'autres professions n'admettent pas non plus l'erreur. Tel est le cas par exemple d'un mécanicien, dont l'erreur diagnostique ou de main d'œuvre sur le véhicule d'un proche pourrait entraîner des conséquences toutes aussi négatives.

L'action médicale auprès de proches est fréquente, comme l'a constaté J. Peltz lors de ses entretiens demi-directifs : l'ensemble des 22 médecins interrogés avaient été confrontés à une demande médicale faite par un proche [1]. Dans une étude réalisée auprès de tous les médecins d'un CHU par La Puma J. et Al. [2], seul 1% des 465 répondants déclarait n'avoir jamais été sollicité pour une question de santé par leurs proches. 80% des répondants déclaraient avoir fait un diagnostic sur un de leurs proches, 83% avaient fait des ordonnances, 72% un examen clinique, 9% une intervention chirurgicale sur un membre de leur famille et 4% une intervention chirurgicale en urgence.

L'implication du médecin peut donc se faire à plusieurs niveaux : donner un conseil, interpréter des symptômes ou des examens, expliquer un diagnostic, aider à la navigation dans le système de soins, recommander un médecin, agir comme intermédiaire, ou encore participer activement aux soins. Elle peut se faire auprès de proches avec lesquels les rapports sont variés et tous les parents ne sont pas proches « émotionnellement ». Elle existe par exemple pour les « proches » du milieu professionnel que sont les confrères et a été



étudiée dans la thèse de M. Lhote [3]. Parmi les médecins étant intervenus dans le travail de La Puma et Al. [2], 65% déclaraient être intervenus auprès de leur conjoint, 59% après d'un enfant, 50% auprès de leur mère, 44% de leur fratrie, 43% auprès de leur père, 41% pour un neveu, 40% pour leur belle-mère, et 24% d'entre eux auprès d'un autre proche.

Se pose alors la question du positionnement face à la maladie d'un proche. Cette problématique est liée à la compétence médicale, acquise au cours des études et dont la pratique commence progressivement. Les sollicitations des proches et la tentation de s'impliquer débutent sur les bancs de la faculté. Nous nous sommes intéressés au cas des internes, ceux-là mêmes qui commencent à acquérir la compétence médicale.

## II. Pourquoi ?

Les raisons pour lesquelles les médecins participent à la prise en charge médicale de leurs proches sont variées. Le médecin a acquis la possibilité de soigner et peut l'utiliser avec ses proches. Comme souvent au sein d'une structure familiale, un parent est affecté par un problème de santé de son enfant et le prend d'abord lui-même en charge [4]. De la même façon, le médecin peut considérer comme naturel de soigner sa famille [2], par tradition familiale [5], par amour, amitié, désir d'aider, d'être disponible et de diminuer les souffrances, voire par devoir [6]. Ces raisons dépendent de la personnalité du médecin et des relations affectives entretenues [5].

Le médecin peut s'estimer être le plus qualifié dans certaines situations et vouloir donner les meilleures chances à son proche, par confiance dans son diagnostic et dans la qualité de ses soins [4]. Dans son travail de thèse, Dagnicourt [5] montrait que la qualité des soins peut être alors meilleure, en particulier pour le suivi et la réévaluation, ainsi facilités. D'une autre façon, le médecin peut ne pas avoir confiance envers les autres médecins et le système de soins [6] car ces derniers seraient moins concernés et donc moins impliqués contrairement à lui [7].

Il peut souhaiter s'impliquer dans le soin pour favoriser la confidentialité, par l'envie de participer à la décision voire celle de contrôler la situation médicale [4]. Enfin, il peut se sentir obligé de le faire, gêné que ses proches « dérangent » un confrère pour un problème qu'il jugerait simple [8].

Les autres raisons retrouvées peuvent être simplement la commodité [4] ou la curiosité [6]. De plus, l'implication du proche-médecin peut renforcer le lien existant avec le proche malade et l'identité familiale du médecin [5]. Le médecin-proche peut en retirer de la gratification et un sentiment d'utilité [5].

Du point de vue des proches, ces derniers y trouvent des avantages : avoir un interprète médical [2], profiter du côté pratique et de la gratuité [8]. Madec a interrogé pour sa thèse 100 conjoints de médecins généralistes en Loire-Atlantique. 74% des conjoints avaient déclaré leur partenaire comme médecin traitant, par confiance et facilité d'accès aux soins. 61,5% des enfants de médecins généralistes étaient suivis exclusivement par leurs parents [9]. La confiance et l'accessibilité étaient les éléments mis en avant dans les travaux de J. Peltz [1] comme raisons de la demande au médecin-proche.

Le proche peut aussi avoir le besoin d'être guidé dans un environnement inconfortable et non familial, souvent source d'inquiétude; ou rechercher un avis différent de celui de son médecin, par colère secondaire à un manque d'accès aux soins ou à un défaut de communication [6]. Par ailleurs, il est compréhensible qu'un proche ait confiance quand le médecin lui dit qu'il est le plus qualifié pour le prendre en charge [7].

Pour un patient, avoir un proche-médecin peut améliorer sa relation avec son médecin soignant, sans forcément que ce proche-médecin ne s'implique dans la prise en charge médicale [5].

Le plus souvent le contexte est une relation de confiance déjà existante, faite d'expériences partagées, dans laquelle le proche sent qu'il peut solliciter le médecin, et dans laquelle le médecin répond favorablement. Les attentes du demandeur et du répondeur concordent en général et donnent lieu à une entente mutuelle sur le rôle du médecin proche. Dans les cas où elles ne concordent pas il y a un risque de conflit [6].

### III. Quels problèmes ?

Plusieurs difficultés résultant de ces situations ont été bien identifiées. La relation médecin-patient est difficile à construire quand il existe déjà une relation dans un autre contexte [7], basée sur l'amour et la sympathie alors que la relation professionnelle est basée sur la responsabilité et l'empathie [8]. Le risque de la confusion des rôles est alors présent [5].

Parmi ces difficultés, certaines vont toucher uniquement le médecin. Une thèse interrogeant des médecins sur le sujet montrait que deux tiers des 255 médecins ayant répondu au questionnaire avaient rencontré des difficultés dans ce type de situations [10]. Il peut lui être difficile d'accepter de voir son proche malade [1]. De plus, il peut vivre la demande comme une « violation » de son « espace vital », dans lequel il se sent libre des responsabilités de la pratique médicale [6]. La demande du proche peut concerner un autre domaine que le domaine de compétences du médecin, dans l'article « *Should doctors treat their relatives* » [8] 34% des médecins qui avaient refusé de répondre l'avaient fait car ils ne s'estimaient pas compétents dans le domaine concerné, le risque étant alors que le médecin aille plus loin que ce que ses compétences devraient lui permettre.

La position du médecin comme soignant pour son proche pose la question de son objectivité et de son détachement émotionnel, qui lui permettra de garder son sang-froid et son jugement, de choisir une option à haut risque si nécessaire [7], [1]. Dans ces situations la tendance est de sortir des bonnes pratiques : éviter de faire des examens invasifs, être réticent à faire un diagnostic grave ou tenter une prise en charge exceptionnelle [7], [8]. L'objectivité et une relation basée sur une entente mutuelle, implicite ou explicite, permettraient d'éviter des avis mal interprétés ou mal suivis, la rancune du patient et la culpabilité du médecin en cas de mauvais conseil ou de mauvais résultat [7], [6].

Des difficultés peuvent aussi être rencontrées quand le médecin-proche n'est pas en position de soignant. La confraternité peut être difficile à respecter [5], par intrusion dans la prise en charge médicale de son proche [11], ou opposition au médecin soignant [2].

Dans les familles de médecins a été observé le syndrome du patient VIP, connu également chez le médecin malade, qui consiste en l'exigence de soins particuliers et engendre des conflits avec le personnel soignant [4].

Le risque majeur est une prise en charge non standardisée, 35 à 50% des médecins interrogés par Cottureau jugeaient que leur prise en charge était différente quand il s'agissait d'un parent [10]. Absence de dossier médical, interrogatoire incomplet lié à une connaissance biaisée de l'histoire du patient, examen clinique limité par l'embarras des deux parties, examens complémentaires incomplets, et suivi moins rigoureux [4], [6], [1]. Dans son travail, Madec montrait que 73% des 100 conjoints de médecins généralistes interrogés ne consultaient pas au cabinet médical et seuls 59% d'entre eux déclaraient avoir un dossier médical. Pour les enfants des médecins généralistes, le carnet de santé était utilisé chez 79% d'entre eux, 66% des enfants sollicitaient leur parent pour le certificat de non contre-indication au sport, mais seuls 50% bénéficiaient d'un examen clinique complet [9]. La perte d'informations médicales entraînant un risque de faux diagnostic, et des soins inappropriés [7], [2], [12].

La confidentialité risque de ne pas être respectée, par croyance du médecin que l'information médicale peut être partagée avec le cercle proche [12]. En ce sens, un proche demandant un avis pour une tierce personne, est déjà une situation de perte de la confidentialité [6].

Au total un médecin soignant son proche peut représenter une balance bénéfice-risque défavorable, par diminution de la qualité des soins [12], donc risque de nuire [7], [8], en rapport avec la difficulté à définir quand le soin devient inapproprié [5]. Le travail réalisé

auprès des conjoints de médecins généralistes en Loire-Atlantique s'intéressait en particulier au domaine de la prévention, dans lequel certains points étaient mieux pris en charge (hygiène de vie, vaccinations, dépistage des cancers gynécologiques). Mais les médecins étaient moins performants auprès de leurs conjoints et enfants pour le dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaires, le dépistage du cancer colorectal, le dépistage du mélanome, ainsi que les dépistages de l'obésité et des scoliozes chez les adolescents. Il en ressortait également que la proximité affective nuisait à la prévention des addictions, des troubles psychologiques, et des problèmes liés à l'adolescence [9].

#### IV. Quelle régulation ?

Les textes encadrants la profession médicale donnent quelques règles sur la question, mais elles ne sont pas absolues et peuvent être interprétées. Il n'existe pas en France d'obstacle médico-légal pour soigner ses proches. Le code de déontologie médicale, qui précise les dispositions réglementaires de l'exercice de la profession médicale ne donne pas d'indications concernant le soin aux proches, alors qu'il sert de référence aux instances juridictionnelles de l'Ordre des médecins, et de guide aux médecins dans leur pratique quotidienne, au service des patients.

En France, le code de la santé publique <sup>[13]</sup> évoque le soin aux proches, dans son article R.4127-7 concernant la non-discrimination : « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'ils peuvent éprouver à leur égard. ». Dans le paragraphe 2. (Tous les patients) il est dit que « le médecin sera particulièrement attentif [...] pour des malades médecins ou de familles de médecins », il est recommandé d'être vigilant pour leur éviter aussi bien des faveurs illégitimes ou pouvant être secondairement préjudiciables, que des mesures de sécurité renforcées mais excessives. Quelques lignes plus loin, le texte revient sur le fait que le médecin ne doit pas être influencé par les sentiments inspirés par les personnes rencontrées, et ne doit pas être excessivement favorable, car le fait de soigner un proche avec une attention renforcée et des précautions supplémentaires, peut aussi bien être bénéfique que nuisible. « L'objectivité nécessaire à l'action du médecin s'accommode mal de sentiments subjectifs ».

**Le serment d'Hippocrate** <sup>[14]</sup> d'origine est dépourvu de recommandations concernant le soin des proches.

L'article «*doctors who doctors self, family and colleagues*» [4] reprend l'historique de la régulation de l'auto-médication et du soin aux proches aux Etats-Unis. Le premier code de conduite pour le médecin qui se soigne lui-même et soigne sa famille publié en 1804 disait : « le médecin est un juge incompetent dans son propre cas et la maladie de son proche obscurcit son jugement donc doit être aidé ». Ce code a été utilisé pour l'élaboration du code éthique de l'AMA en 1845 et jusqu'en 1957, année où le code fut abrégé. Il ne comporte plus alors de référence au traitement de la famille pendant des années jusqu'à ce qu'il propose la prise en charge d'un problème mineur, pour une période courte, et la prescription à un membre de la famille en cas d'urgence. En 1977, le conseil judiciaire des Etats-Unis se positionne à nouveau sur la question : « les médecins ne devraient pas se traiter eux-mêmes ou des membres de leur famille immédiate » sauf dans des cas exceptionnels : l'urgence ou l'absence d'autre médecin disponible. Medicare exclut le remboursement aux médecins qui soignent leurs parents directs depuis 1989. A ce jour, chaque Etat a sa propre régulation, et plus de 25 d'entre eux interdisent la prescription de substances contrôlées pour le médecin lui-même ou sa famille. La Canadian Médical Association, elle, considère que les soins aux proches ne sont possibles que pour des soins mineurs, en cas d'urgence et si le médecin est le seul disponible.

Donc l'acte de soigner ses proches s'apprend au fur et à mesure des expériences. Des auteurs ayant travaillé sur la question, pensent qu'elle devrait être reconnue et gérée par la profession [8], ou du moins qu'il serait utile de consacrer un temps de la formation initiale médicale à cet aspect de la profession, ainsi qu'à la question de l'auto-traitement, une réglementation n'étant pas forcément nécessaire [4] [2] [5].



## V. Quelles recommandations ?

La complexité des situations et la diversité des positionnements rend l'établissement de recommandations strictes impossibles, mais plusieurs auteurs ont proposé de fixer des règles claires pour s'assurer de soigner les proches dans des conditions habituelles d'exercice.

Fromme Ek et Al. proposent une classification des situations de demande des proches selon le niveau de risque d'implication du médecin [15] :

Risque faible :

- Aider à expliquer une information médicale, comme un diagnostic.
- Suggérer au patient de consulter un médecin.
- Répondre à la question de savoir si le patient doit consulter.
- Répondre à des questions sur les traitements.
- Eduquer, comme les mesures hygiéniques pour une entorse de cheville.
- Aider à naviguer dans le système de soins (par exemple trouver le bon médecin).
- Assister à des consultations médicales.
- Pendant les consultations médicales : aider à poser les bonnes questions et à interpréter le jargon médical.

Risque moyen :

- Suggérer que le patient ne doit pas s'inquiéter d'un problème ou ne pas voir de médecin.
- Renouveler un médicament prescrit une seule fois par le médecin soignant.
- Suggérer des médicaments sans ordonnance.

Risque élevé :

- Prescrire un médicament qui n'a pas été prescrit par le médecin soignant.
- Prescrire un médicament psychoactif.
- Prescrire des examens complémentaires.
- Vérifier des résultats.
- Coordonner des soins.
- Prendre des décisions sans impliquer le médecin soignant ou le patient.
- Exécuter une procédure en dehors des premiers secours.

L'article de La Puma et Al. [2] conclut que les médecins ne devraient pas soigner leurs proches, mais choisir pour eux des médecins de confiance. Malgré tout, il propose des recommandations dans le cas où un médecin est amené à soigner un proche, pour éviter la consultation informelle, l'incompréhension et les conflits qui pourraient en découler. Il propose de s'interroger sur les points suivants avant de débiter la prise en charge médicale d'un de ses proches. Si tous ces points sont respectés, alors les soins seront appropriés, en prenant en compte l'urgence de la situation et la disponibilité d'autres médecins.

- A-t-on les compétences requises, adaptées aux besoins du patient ?
- Est-on trop proche? Il faut pouvoir prendre le rôle de médecin et sortir du rôle de proche.
- L'objectivité est-elle possible/le jugement solide? Interrogatoire et examen clinique complets.
- L'implication médicale risque-t-elle de jouer sur des conflits familiaux existants ?
- Y a-t-il un risque de mauvaise compliance avec la familiarité ?
- Laisser travailler le médecin de son proche, ne pas saboter sa prise en charge.
- Le médecin sera-t-il opposable devant ses pairs en cas de problème ?

Pour Eastwood G.L. [6], la relation médecin-malade est établie légalement quand il y a une consultation formelle, qui est définie par un examen clinique et le règlement d'honoraires. Leurs recommandations pour soigner des proches sont les suivantes:

- Être clair dans les attentes de chaque partie.
- Avoir la même expertise professionnelle qu'avec un autre patient.
- Être conscient que l'examen clinique et les honoraires rendent la relation médecin-patient légale.
- Respecter l'autonomie et la confidentialité.
- Anticiper d'éventuels conflits entre le rôle de proche-jugement émotionnel et le rôle de médecin-jugement professionnel.

Les articles de Krall E.J. [4] et Schneck S.A. [11] rappellent qu'il faut soigner les médecins et leurs familles avec une grande attention. Ils proposent au médecin qui est amené à soigner un patient qui a un proche médecin, de clarifier la relation médecin-patient avec le malade et son proche-médecin pour assurer la confidentialité. Il faut s'adresser directement au patient, seul à seul, sans intermédiaire, et l'information du médecin-proche ne se fait qu'avec l'accord du patient. Le médecin-proche, lui doit faire confiance au médecin soignant [4].

Pour Tulskey et Al.[8], les soins sont acceptables en cas de situations immédiates, de soins mineurs, délivrés dans un environnement standard, avec réalisation d'un dossier médical et information du médecin traitant. En prenant en considération le lien émotionnel, il faut se demander s'il empêche l'objectivité, et orienter vers un autre médecin le plus rapidement possible, les situations chargées émotionnellement étant les plus à risque [5]. Les auteurs proposent de prendre soin, en refusant d'être le médecin mais en assurant être conseiller et orienter.

## VI. Notre question

Dans l'article de La Puma [2] il apparaît que les sollicitations étaient plus fréquentes pour les médecins de soins primaires, définis comme les médecins de médecine familiale, de médecine interne, de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie. Ces médecins avaient réalisé plus d'actes médicaux pour leurs proches que les autres spécialités de façon significative (examen, diagnostics, prescriptions). Les auteurs concluaient que c'était un avantage de soigner la famille pour les problèmes mineurs si le médecin était compétent en soins primaires. La médecine générale serait-elle alors la spécialité la plus touchée ? Dans sa Thèse, Madec rappelait la définition de la spécialité de médecine générale, d'après le Rapport WONCA 2002 de la Société Savante Européenne de Médecine Générale-Médecine de la famille : le médecin Généraliste est le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristiques de la personne concernée [9].

Par ailleurs, l'âge du médecin et son expérience influe sur son positionnement avec ses proches. Dans le même article, le nombre de médecin qui répondaient à leurs familles augmentait avec leur âge et leur nombre d'années de pratique. On notait plus de refus de répondre chez les jeunes médecins [2]. De même, dans sa thèse, Dagnicourt notait qu'avec l'âge, le médecin gagnait en maturité affective et assurance, son implication auprès de ses proches malades étant alors modifiée. D'après lui, la nouvelle génération est plus réticente à soigner ses proches. Il notait également qu'il était plus difficile de soigner un proche du même âge ou plus âgé, car cela signifiait une inversion de l'autorité [5]. Cottreau notait aussi dans son travail de thèse que les médecins les plus jeunes soignaient moins souvent leurs parents [10]. Les internes seraient-ils moins enclins à répondre aux sollicitations de leurs proches ? Peut-on observer une différence avec les médecins installés ?

Nous nous sommes donc intéressés au positionnement des internes, jeunes médecins, en spécialité de médecine générale, face à leurs proches malades.

# Méthode

---

## **I. Choix de la méthode**

Nous avons choisi d'étudier la question à travers un questionnaire afin d'en faire une analyse quantitative. La raison de ce choix était d'apporter de la validité externe, par un échantillon ciblé et représentatif, rendant possible la généralisation des résultats. Le but du travail quantitatif était de quantifier les données et de rechercher des preuves objectives, de trouver d'éventuelles relations causales entre les variables.

Il nous a paru important de compléter le travail par une part qualitative afin d'explorer les expériences personnelles et les émotions des internes interrogés sur ce sujet qui peut être délicat, et ainsi comprendre les phénomènes en fonction des sujets et des interactions entre eux.

Nous avons choisi d'utiliser les deux méthodes, qui se complètent, de façon successive. La triangulation des sources et des méthodes permettait d'apporter de la validité interne à cette étude, en comparant les résultats obtenus par les deux techniques de recueil de données pour la même question.

## **II. Questionnaires**

### **1. Participants**

La population étudiée est les internes en médecine générale. Nous avons choisi un échantillon représentatif ciblé, constitué des internes en médecine générale inscrits au DMG de Paris Diderot.

### **2. Inclusion**

Tous les internes inscrits au département de Médecine Générale au 18 octobre 2011 ont été sollicités pour participer à cette étude, ainsi que les primo-inscrits en novembre 2011.

### **3. Nombre de sujets nécessaires**

Aucun calcul préliminaire du nombre de participants n'a été effectué.

### **4. Modalités de recueil des données**

Un message électronique a été envoyé aux internes du DMG. Il contenait un texte de présentation de l'étude, un lien pour répondre au questionnaire, et des identifiants pour y accéder, permettant aux internes de répondre de façon anonyme, sans utiliser leurs propres identifiants. (Annexe 1)

### **5. Données étudiées**

Le questionnaire (Annexe 2) a été créé à partir de la réflexion autour de la question de la thèse, des sous-hypothèses et des données de la littérature. Il a été construit de façon à pouvoir analyser les données par traitement informatique. Il a été testé et modifié avant le premier envoi. Une première partie du questionnaire comprenait des questions fermées à puces exclusives et une seconde partie des questions ouvertes avec réponses libres.



## **6. Analyse des données**

Les données ont été analysées de façon descriptive et statistique en utilisant le test du Chi 2.

Nous nous sommes intéressés à plusieurs points :

- Fréquence de confrontation des internes aux maladies de leurs proches.
- Spécificités et difficultés de gestion par les internes.
- Retentissements sur la pratique médicale.
- Recommandations de gestion de ce type de situations.
- Recherche de corrélations entre les caractéristiques des internes et leur attitude avec leurs proches.

## **7. Aspects légaux**

La réponse au questionnaire est considérée comme une inclusion. Aucune déclaration à la CNIL n'a été effectuée.

## **8. Calendrier de l'étude**

Les internes ont été invités à répondre au questionnaire via le lien à partir du 18 octobre 2011. Deux relances par e-mail ont été envoyées, l'une le 3 décembre 2011, l'autre le 16 janvier 2012.

### **III. Questions à texte libre**

Le questionnaire comprenait neuf questions à réponse libre.

#### **1. Données étudiées**

Les deux premières questions à texte libre venaient compléter les questions fermées, à savoir si les répondants avaient rencontrés d'autres difficultés pratiques et dans leur vécu à la suite de celles proposées.

Ils étaient ensuite questionnés sur les impacts, limitations et avantages d'être interne pour leurs proches puis les impacts, limitations et avantages des situations vécues dans leur pratique professionnelle.

La dernière question à texte libre clôturait le questionnaire et demandait leurs recommandations pour un positionnement pertinent vis-à-vis des problèmes de santé de leurs proches.

#### **2. Analyse des données**

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

## **IV. Entretiens**

Nous avons fait le choix de réaliser des entretiens individuels, pour aborder ce sujet délicat et intime.

### **1. Participants**

L'échantillonnage n'a pas été orienté. Il a été constitué à partir de plusieurs sources. Quatre internes ont été recrutés par le biais des questionnaires, trois internes ont été identifiés par moi-même, deux par le directeur de thèse, et un par un répondant.

Nous avons cherché la diversité des sujets dans un but de richesse des données : des hommes et des femmes, des internes d'ancienneté variable, afin de faire ressortir les divergences qui pouvaient exister, recueillir tout l'éventail des expressions possibles.

### **2. Nombre de sujets nécessaires**

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données.

### **3. Organisation des entretiens**

Une fois le contact établi avec le participant, un rendez-vous était organisé par courrier électronique ou téléphone. Le choix du lieu était déterminé avec le participant : à la faculté, sur le lieu de stage du participant, dans un lieu public autre, ou au domicile du participant.

### **4. Modalités de recueil de données**

Les données verbales ont été recueillies par enregistrement audio avec le consentement de l'interne, sous couvert d'anonymat.

### **5. Données étudiées : guide d'entretien**

Il s'agissait d'entretiens semi-structurés, réalisés avec l'aide d'un guide d'entretien qui comprenait des questions ouvertes, simples et neutres, concernant le domaine à explorer.

Les questions suivaient un ordre allant de facile à difficile. Elles ont été écrites de façon à contenir une idée par question et être facilement compréhensibles grâce à un vocabulaire précis. Les internes étaient interrogés sur leurs expériences, leurs sensations, leurs émotions et leurs intentions. Les questions étaient adaptées en fonction des réponses et idées émergeant pendant les entretiens.

Le guide d'entretien initial est présenté en annexe 3.

Celui-ci a évolué au cours des entretiens, pour être davantage efficace, sous une autre forme (Annexe 3).

## **6. Analyse des données**

Dans un premier temps, chaque entretien a été retranscrit à l'écrit dans son intégralité, en respectant tout ce qui a été dit et entendu.

Pour chaque entretien, nous avons listé les notions qui en émanaient, illustrées par les phrases, ou verbatims, issues de l'entretien.

Dans un second temps, nous avons organisé les notions pour chaque entretien. A cette étape, plusieurs grands groupes de notions se retrouvaient dans différents entretiens. Les résultats sont présentés dans le tableau « notions organisées par entretien », en annexe 4.

Ensuite nous avons travaillé chaque groupe de notions, de nouveaux sous-groupes ont émergé et ont été organisés, illustrés par les verbatims relevés dans les entretiens.

## Résultats : Questionnaires

---

## I. Nombre de réponses

173 questionnaires ont été complétés par les internes sollicités. Les réponses ont été réceptionnées comme suit :

- Le premier envoi des questionnaires par mail a été réalisé le 19 octobre 2011, à 425 internes. 87 questionnaires (50,28% du nombre total de réponses) ont été complétés, représentant 20,47% des internes sollicités.
- La première relance a été envoyée le 3 décembre 2011 à 532 internes (les 425 initiaux auxquels s'ajoutaient les nouveaux entrants du département de médecine générale). Nous avons obtenus 49 nouvelles réponses (28,32% du nombre total de réponse) pour un total de 136 réponses à ce moment de l'enquête. La participation à cette relance était de 9,21%.
- La nouvelle relance du 16 janvier 2012 a été adressée à nouveau à 532 internes, dont 37 ont répondu (21,38% du nombre total de réponses), soit une participation de 6,95%. Ceci amenant à un total final de 173 questionnaires.

Le taux de participation au questionnaire, en considérant que le nombre d'internes sollicités était de 496 (425 + 532 + 532 /3), était de 34,88%.

Date d'envoi du questionnaire	Nombre de réponses	Taux de participation	Pourcentage de réponses
19 Octobre 2011	87	20,47%	50,29%
3 Décembre 2011	49	9,21%	28,32%
16 Janvier 2012	37	6,95%	21,39%
	<b>173</b>	<b>34,88%</b>	<b>100,00%</b>

Tableau 1- Déroulement de l'étude

## II. Caractéristiques des répondants

### 1. Sexe

171 personnes ont répondu à cette question (98,84%). 34 répondants, soit 19,88% d'entre eux étaient de sexe masculin, et 137 répondants soit 80,12% d'entre eux étaient de sexe féminin.

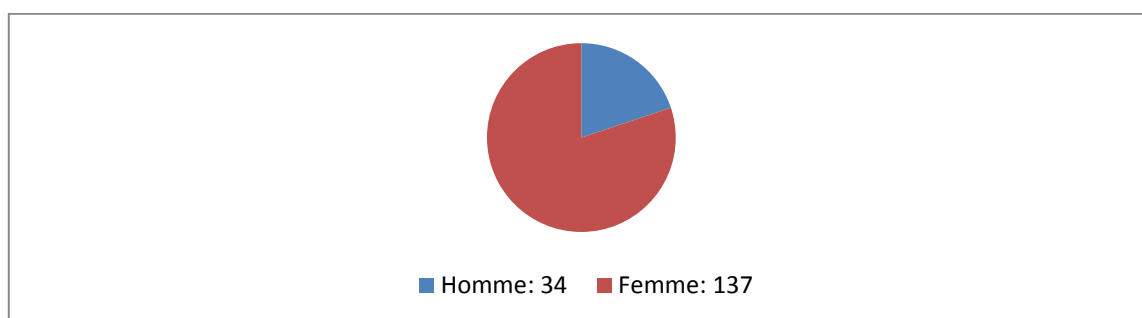


Figure 1- Sexe des répondants

### 2. Semestre d'internat au cours duquel le questionnaire est complété

172 personnes ont répondu à cette question : 35 d'entre elles (soit 20,35%) étaient en premier semestre, 15 personnes (8,72%) étaient en deuxième semestre, 21 (12,21%) en troisième semestre, 12 (6,98%) en quatrième semestre, 30 (17,44%) en cinquième semestre, 8 (4,65%) en sixième semestre, et 51 (29,65%) en semestre supérieur.

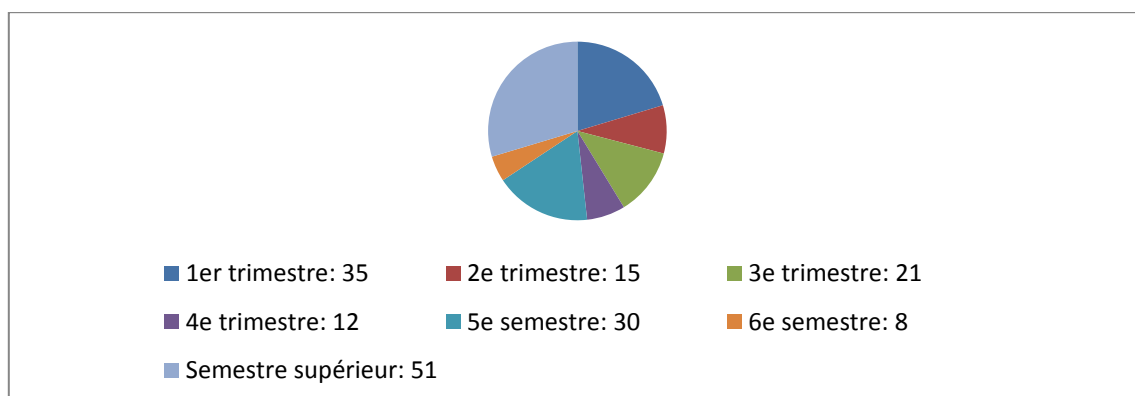


Figure 2- Semestre d'internat des répondants

### 3. Réalisation du stage ambulatoire de niveau 1

Le stage ambulatoire de niveau 1 était terminé pour 97 répondants soit 56,06% d'entre eux. Il n'avait pas encore été effectué pour 57 répondants soit 32,94% d'entre eux. 19 répondants soit 10,98% d'entre eux étaient en cours de stage ambulatoire de niveau 1 au moment où ils ont répondu au questionnaire.

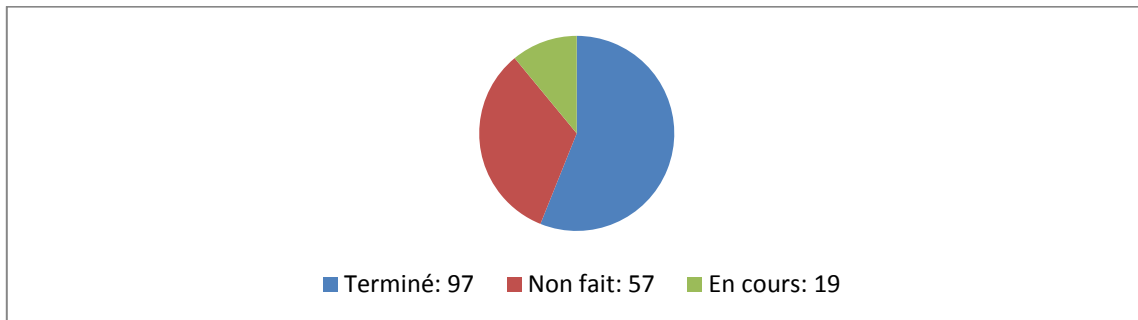


Figure 3- Réalisation du stage ambulatoire niveau I



### III. Fréquence des sollicitations

10 questionnaires n'étaient pas complétés pour cette série de question, ainsi nous avons réalisé notre analyse à partir de 163 réponses.

#### 1. Nombre de confrontations à la maladie chez un proche

7 répondants (4,29%) ont dit ne jamais avoir été confrontés à la maladie chez un de leurs proches, 57 répondants (34,97%) ont répondu y avoir été confronté moins de 2 fois, 57 répondants (34,97%) ont dit y avoir été confrontés de 3 à 5 fois et 42 répondants (25,77%) disaient y avoir été confrontés plus de 6 fois.

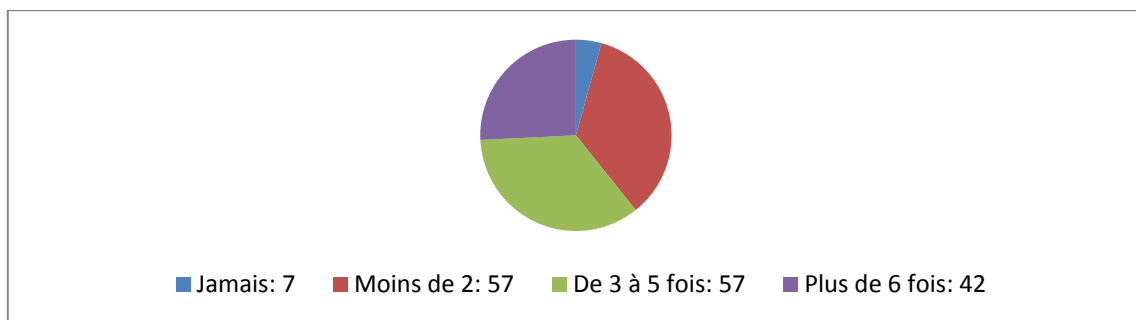


Figure 4- Fréquence des confrontations

#### 2. Nombre de sollicitations par un proche pour un problème de santé

1 répondant (0,61%) a dit ne jamais avoir été sollicité par ses proches pour un problème de santé, 20 d'entre eux (12,27%) ont dit l'avoir été moins de 2 fois, 46 d'entre eux (28,22%) de 3 à 5 fois, et 96 d'entre eux (58,90%) ont dit avoir été sollicités plus de 6 fois.

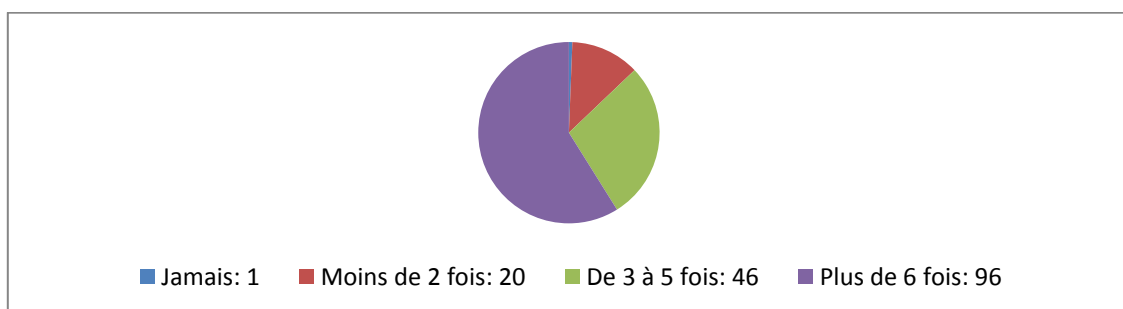


Figure 5- Fréquence des sollicitations

### 3. Nombre d'interventions en position de soignant

70 répondant soit 42,94% ont dit ne jamais avoir été en position de soignant pour un de leurs proches, 45 répondants (27,61%) ont dit l'avoir été moins de 2 fois, 23 d'entre eux (14,11%) ont dit l'avoir été entre 3 et 5 fois, et 25 d'entre eux soit 15,34% ont déclaré l'avoir été plus de 6 fois.

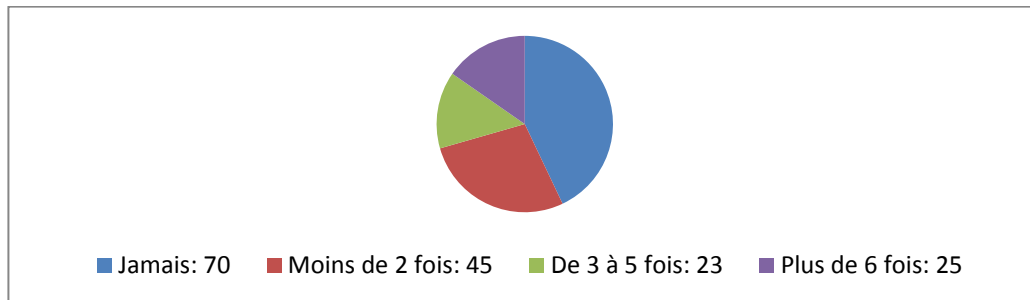


Figure 6- Fréquence des interventions comme soignant

### 4. Nombre d'interventions auprès d'autres soignants pour un proche

57 répondants (34,97%) ont déclaré ne jamais être intervenus auprès d'autres soignants pour un de leurs proches, 60 répondants (36,81%) ont déclaré être intervenus moins de 2 fois, 37 répondants (22,70%) ont déclarés être intervenus entre 3 et 5 fois et 9 répondants (5,52%) ont déclaré être intervenus plus de 6 fois.

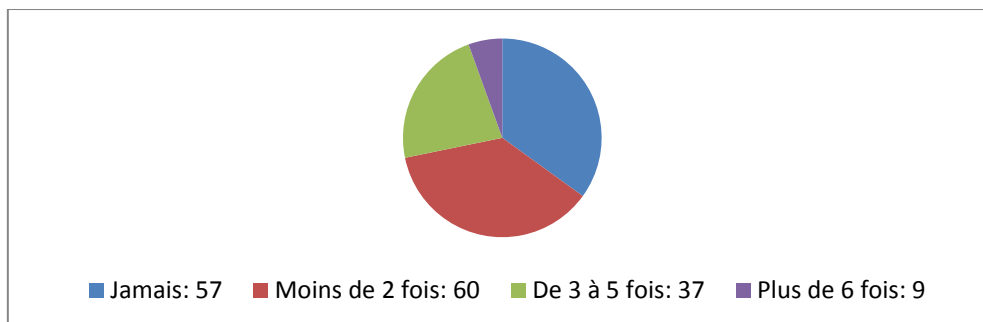


Figure 7-Fréquence des interventions auprès des soignants

## 5. Nombre de refus d'intervenir sur le plan médical à la demande d'un proche

74 répondants (45,40%) ont dit ne jamais avoir refusé d'intervenir sur le plan médical à la demande d'un de leurs proches, 44 répondants soit 26,99% d'entre eux ont dit avoir refusé d'intervenir moins de 2 fois, 32 répondants soit 19,63% ont dit avoir refusé d'intervenir entre 3 et 5 fois et 13 d'entre eux (7,98%) ont dit avoir refusé d'intervenir plus de 6 fois.

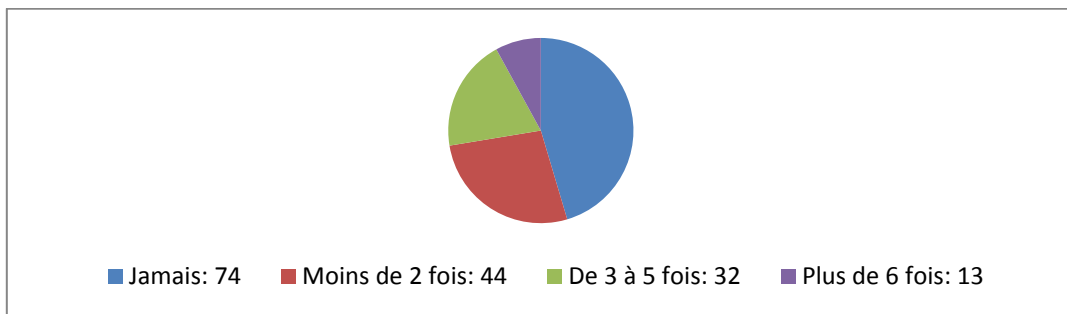


Figure 8- Fréquence des refus d'intervenir

## 6. Nombre de refus de répondre à une question médicale d'un proche

111 répondants (68,10%) ont déclaré ne jamais avoir refusé de répondre à une question médicale d'un de leurs proches, 31 répondants (19,02%) ont déclaré avoir refusé de répondre moins de 2 fois, 14 répondants (8,59%) ont déclaré avoir refusé de répondre entre 3 et 5 fois et 7 d'entre eux (4,29%) ont déclaré avoir refusé de répondre plus de 6 fois.

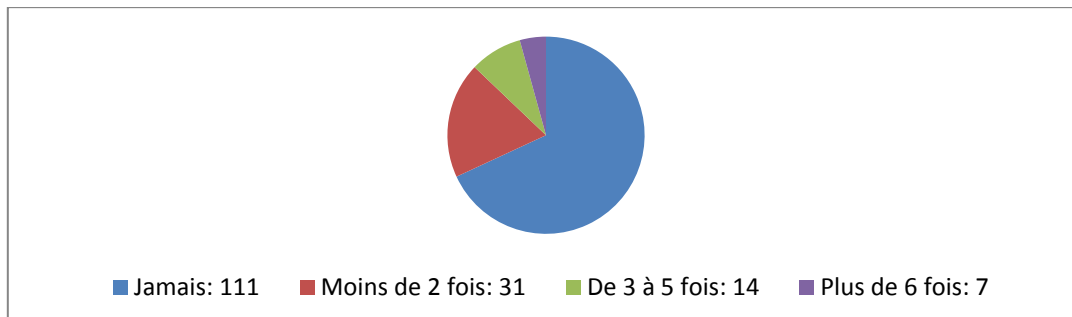


Figure 9- Fréquence des refus de répondre

## 7. Demande d'informations médicales à un proche

35 répondants (21,47%) ont dit ne jamais avoir demandé une information médicale à un de leurs proches, 47 répondants (28,83%) ont dit avoir demandé moins de 2 fois des informations médicales à un de leurs proches, 36 répondants (22,09%) ont dit l'avoir fait entre 3 et 5 fois, et 45 répondants (27,61%) ont dit l'avoir fait 6 fois et plus.

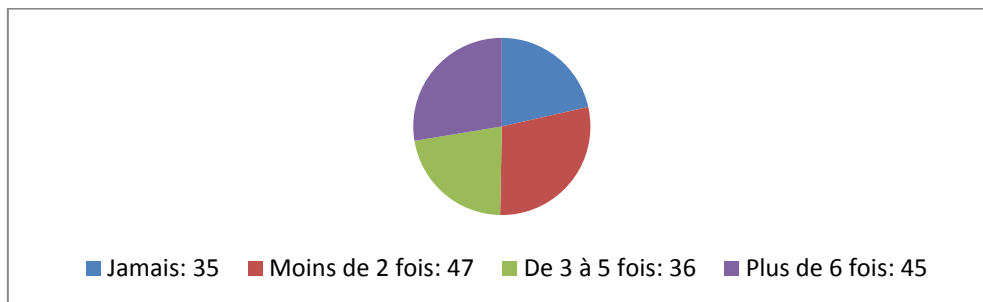


Figure 10- Fréquence des demandes d'information médicale

## IV. Situation approfondie

### 1. Type de situation

64 personnes ont choisi de parler d'une situation marquante, soit 39,75% des personnes ayant répondu à cette question. 97 personnes (60,25%) ont choisi de parler de la dernière situation vécue. 12 personnes n'ont pas répondu à cette question.

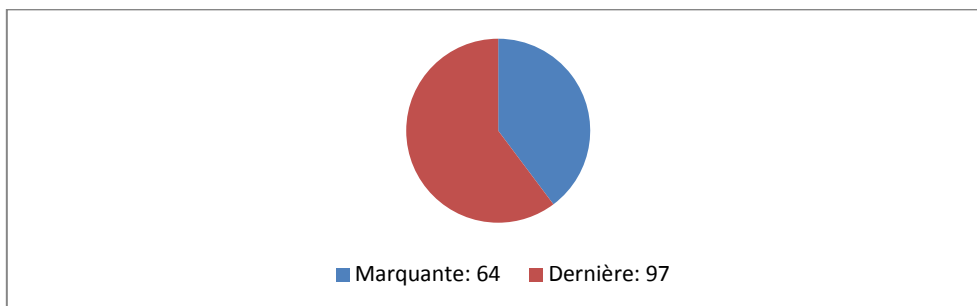


Figure 11- Type de situation

### 2. Ancienneté de la situation

Pour 82 personnes, la situation choisie datait de moins 3 mois : 84,1% de ces situations récentes étaient leur « dernière situation ». 33 situations choisies avaient eu lieu entre 3 mois et 1 an : dans cette catégorie, il y avait quasiment autant de situations marquantes que de situations dernières (respectivement 17 et 16). 32 situations choisies avaient eu lieu il y a plus d'un an ; 81,25% de ces situations étaient des situations marquantes. 26 personnes n'ont pas répondu à cette question.

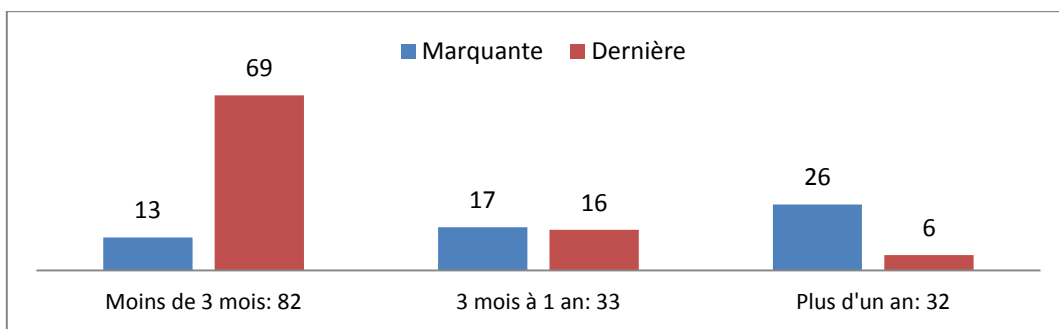


Figure 12- Ancienneté de la situation

### 3. Proche concerné

147 personnes ont poursuivi le questionnaire et ont choisi de parler d'une situation en particulier. Le proche concerné par cette situation était, par ordre décroissant : un parent dans 49 situations, une personne de la famille par alliance dans 40 situations, un frère ou une sœur dans 19 situations, un ami dans 18 situations, un grand-parent dans 17 situations, une connaissance dans 4 situations, et un enfant dans une situation. Une situation concernait à la fois un parent et de la famille par alliance. Aucune situation rapportée ne concernait un collègue. On rappelle que la proposition grands-parents a été ajoutée au questionnaire en date du 21 octobre 2011 donc 75 répondants n'ont pas eu le choix de cette réponse. 26 personnes n'ont pas répondu à cette question.

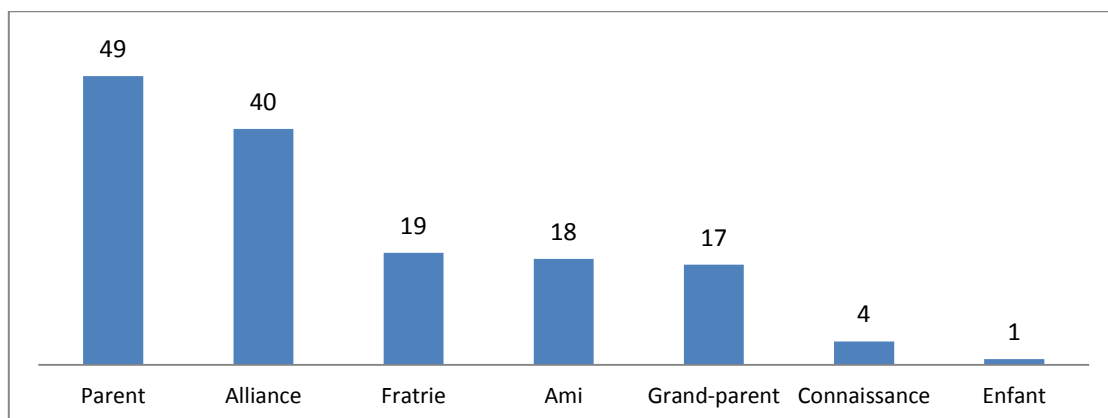


Figure 13- Proche concerné

### 4. Caractéristiques de la situation

Ici également 26 personnes n'ont pas répondu, nous analysons donc 147 questionnaires.

Les répondants ont évoqué : 90 situations aiguës (dont 33 marquantes), 41 situations chroniques (dont 17 marquantes), et 16 situations n'étaient qualifiées ni d'aiguë ni de chronique (dont 6 marquantes).

Nous avons relevé : 28 situations bénignes (dont 6 marquantes), 55 situations graves (dont 28 marquantes), et 64 qui n'étaient ni bénignes ni graves (22 marquantes).

Les internes nous ont rapporté : 18 situations simples (dont 5 marquantes), 54 situations complexes (dont 22 marquantes), et 75 qui n'étaient ni simples ni complexes (dont 29 marquantes).

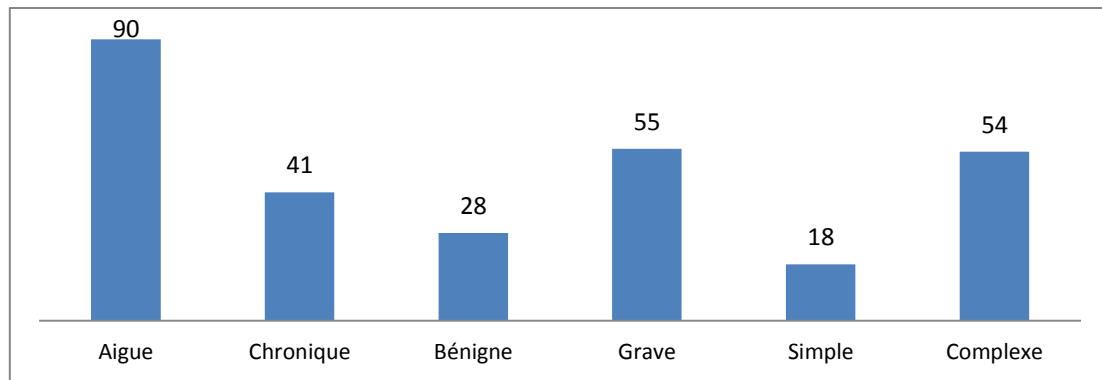


Figure 14- Caractéristiques de la situation

## 5. Domaine médical concerné

147 personnes ont répondu à cette question. La situation concernait le domaine infectieux dans 35 cas soit 23,80%, le domaine de la cancérologie dans 28 cas (19,05%), le domaine cardio-pulmonaire dans 26 cas soit 17,69%, le domaine de la gastro-entérologie dans 19 cas soit 12,93%, le domaine de la traumatologie dans 15 cas (10,20%), le domaine ORL dans 13 cas soit 8,84%, le domaine urologie dans 8 cas (5,44%), le domaine gynécologie dans 7 cas (4,76%), et le domaine de la pédiatrie dans 5 cas (3,40%). La situation concernait un autre domaine médical dans 46 cas soit 31,29%.

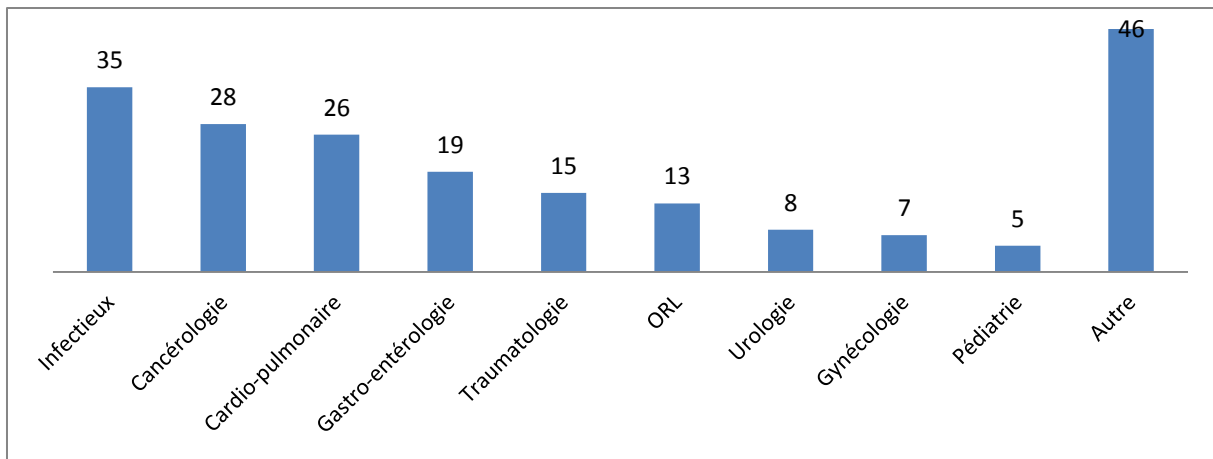


Figure 15- Domaine médical concerné

## 6. Actions réalisées

26 questionnaires n'ont pas été complétés pour cette série de questions, nous analysons donc 147 réponses.

Parmi les répondants, par ordre décroissant : 88 personnes disaient avoir orienté, 56 personnes disaient avoir mené un interrogatoire complet comme pour un patient standard, 25 personnes disaient avoir réalisé des ordonnances de médicaments, 23 personnes disaient avoir réalisé des ordonnances pour examens complémentaires, 16 disaient avoir réalisé un examen clinique complet, 10 personnes disaient avoir réalisé des vaccins, 5 personnes disaient avoir réalisé des certificats et 47 personnes disaient n'avoir réalisé aucune action.

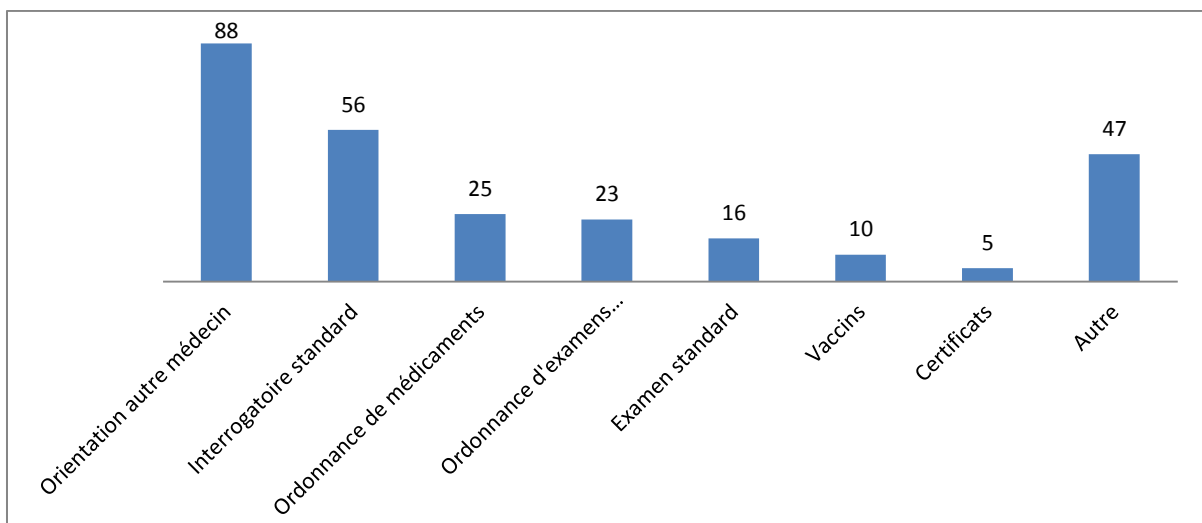


Figure 16- Actions réalisées



## 7. Prescription de médicaments

118 questionnaires ont été complétés pour cette question, dans ces questionnaires 93 personnes, soit 78,81% des répondants n'avaient pas fait d'ordonnance de médicaments, les réponses analysées sont donc celles de 25 personnes.

Ces 25 personnes ont parfois réalisé des ordonnances pour plusieurs médicaments : 15 ont réalisé une ordonnance d'antalgiques, 10 une ordonnance pour un traitement symptomatique bénin, 5 personnes disent avoir fait une ordonnance de renouvellement, 4 une ordonnance de pilule, 4 une ordonnance d'antibiotiques, 2 une ordonnance d'anxiolytiques, et 6 une ordonnance pour d'autres médicaments.

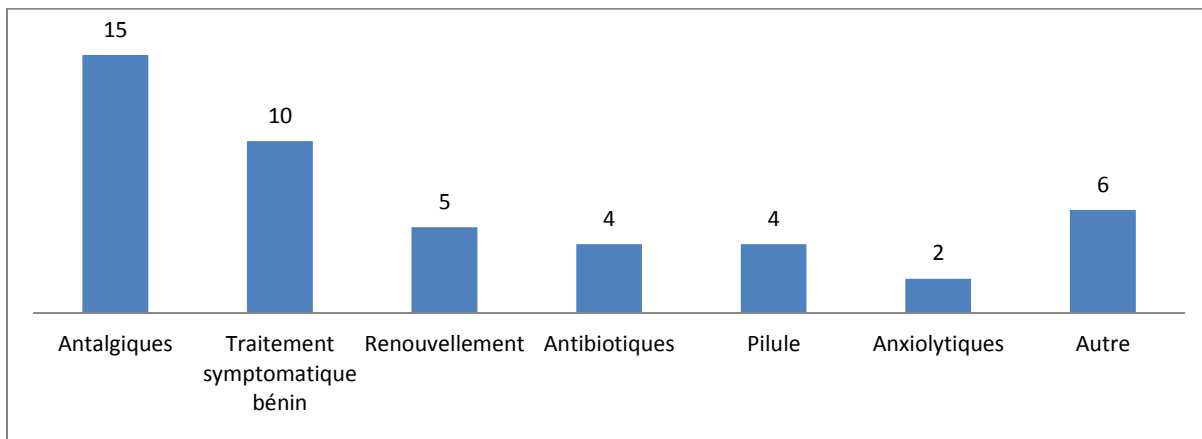


Figure 17- Prescriptions réalisées

## 8. Orientation

39 personnes n'ont sélectionné aucun mode d'orientation, et donc n'en ont fait aucune. 79 personnes ont orienté leur proche, soit 66,95% des 118 répondants à cette question.

Les internes ont orienté vers l'hôpital dans 32 cas, vers le médecin traitant dans 28 cas, vers un médecin spécialiste dans 28 cas, vers un autre médecin généraliste dans 2 cas, et une autre orientation a été faite dans 2 cas.

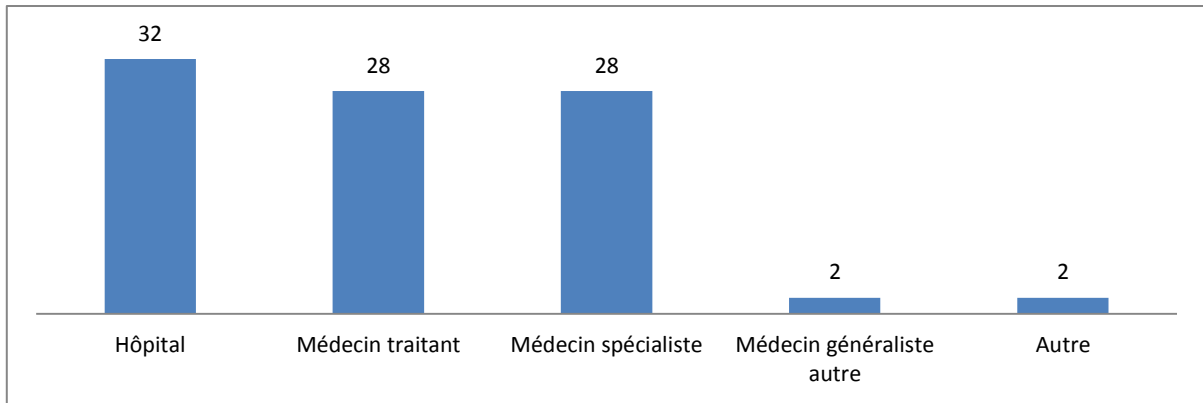


Figure 18- Orientations réalisées

## 9. Difficultés pratiques

A ce stade, 55 personnes n'ont pas répondu, on analyse alors 118 réponses. Parmi ces 118 réponses, 10 personnes ont répondu non à toutes les propositions.

108 personnes ont donc répondu sur les difficultés pratiques : 51 ont déclaré avoir rencontré des difficultés concernant la pathologie, 41 personnes des difficultés avec l'examen clinique, 31 personnes des difficultés avec l'interrogatoire, 25 personnes ont déclaré ne pas avoir rencontré de difficultés, 10 personnes des difficultés avec le rapport au corps, 3 personnes des difficultés avec la prescription, et une personne des difficultés avec la réalisation de certificats.

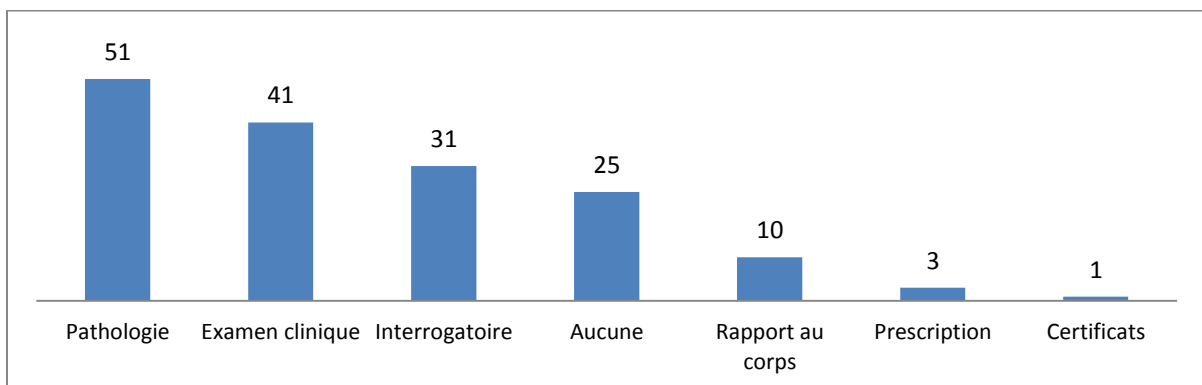


Figure 19-Difficultés pratiques rencontrées

## 10. Difficultés dans le vécu

55 personnes n'ont pas répondu à cette série de questions, donc 118 personnes ont répondu.

Difficultés avec le manque d'objectivité pour 67 personnes, difficultés dans le vécu affectif pour 60 personnes, difficultés face à la peur de la maladie grave pour 55 personnes, difficultés face à l'obligation de réussite pour 40 personnes, difficultés dans la limite des compétences pour 40 personnes, difficultés dans l'intrication entre la vie privée et la vie professionnelle pour 32 personnes, difficultés face à la pudeur pour 27 personnes, difficultés avec le retentissement sur les relations avec l'entourage commun pour 26 personnes, difficultés dans l'opposition aux soignants pour 18 personnes, difficultés avec l'observance pour 11 personnes, difficultés face au secret médical pour 7 personnes, et pas de difficulté rencontrées dans le vécu pour 9 personnes. Donc 109 répondants, soit 92,37% d'entre eux ont rencontré des difficultés dans leur vécu de la situation.

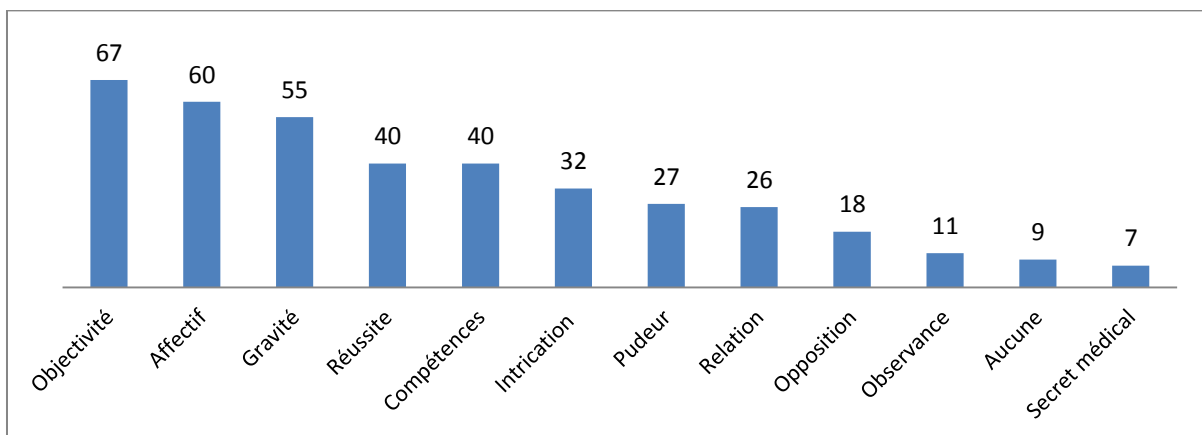


Figure 20- Difficultés dans le vécu

## V. Corrélations

Nous avons cherché à savoir s'il y avait une relation entre les données recueillies et les caractéristiques des répondants : le sexe de l'interne et le fait qu'il ait réalisé ou non le stage ambulatoire de niveau I. Nous avons testé l'indépendance des variables à l'aide du test du Chi 2.

Pour rechercher des différences entre les internes ayant terminé leur stage ambulatoire et ceux ne l'ayant pas encore fait, nous avons décidé de prendre en compte également ceux dont le stage était en cours. Il a été décidé que ceux étant en stage dans la période de réponse du 19/10/2011 jusqu'au 20 /10/2011 seraient considérés comme ceux l'ayant terminé car ils effectuaient leurs dernières semaines de stage. Ceux ayant répondu au questionnaire à partir du 03/01/2012 et jusqu'au 23/01/2012 seraient comptabilisés comme ne l'ayant pas fait, car ils le débutaient.

Les résultats sont présentés sous forme de tableaux comprenant les valeurs, les pourcentages et le résultat du test Chi 2. Quand les effectifs étaient insuffisants pour réaliser le test, il est inscrit « N.V. », pour « non valide » dans les tableaux (Annexes 5 à 12).

### 1. Fréquence des sollicitations

En ce qui concerne la fréquence des sollicitations, nous avons choisi de comparer un groupe appelé « sollicitations rares », constitué par les groupes de fréquence « jamais » et « moins de 2 fois », à un groupe appelé « sollicitations fréquentes », constitué par les groupes « de 3 à 5 fois » et « plus de 6 fois ». Comme vu précédemment, 163 personnes ont répondu à cette série de questions.

Pour tester l'indépendance des réponses en fonction du sexe, nous avons exploité 161 réponses, de 32 hommes, et 129 femmes, car pour deux personnes cette information n'était pas précisée. A la première lecture des chiffres, les hommes et les femmes semblaient avoir

été confrontés et sollicités de la même manière, et avoir refusé d'intervenir et de répondre de la même façon. Effectivement nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative. Par contre la proportion d'hommes semblait plus importante dans le groupe « sollicitations fréquentes » pour les questions : positionnement en tant que soignant, intervention auprès d'autre soignants et demande d'information médicale auprès des proches. Mais là non plus nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative.

En ce qui concerne la relation entre la fréquence des sollicitations et la réalisation du stage ambulatoire de niveau I, nous avons observé plusieurs différences statistiquement significatives. Nous avons trouvé que les **internes ayant terminé leur stage ambulatoire de niveau I étaient plus souvent confrontés à la maladie de leurs proches ( $p=0,024$ ), plus souvent sollicités pour les maladies de ceux-ci ( $p=0,0043$ ), se positionnaient plus souvent en tant que soignants pour eux ( $p=0,016$ ), mais aussi refusaient plus fréquemment d'intervenir pour leur santé ( $p=0,042$ )**, de façon significative. Il n'y avait pas de différence en ce qui concerne l'intervention auprès d'autres soignants, le refus de répondre et la demande d'informations médicales aux proches. A noter, nous avons analysé ici 163 réponses, pour lesquelles le stage ambulatoire n'était pas fait dans 51 cas, auxquels nous avons ajouté les 13 internes qui le débutaient. Il était terminé pour 93 internes, auxquels nous avons ajouté 6 internes qui effectuaient leurs dernières semaines de stage.

## 2. Type de situation approfondie

Il était ensuite demandé de choisir une situation marquante ou la dernière vécue pour poursuivre le questionnaire, puis de caractériser la situation médicale en question.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes pour les types de situations évoquées. Pour la caractérisation de la situation, on

notait une **différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes pour les situations graves ( $p=0,0019$ ) : la proportion de femmes ayant rencontré ce type de situation était plus importante**. Il n'y avait pas de différence pour les autres caractéristiques : aigue, chronique, bénigne, complexe. Le test n'était pas réalisable pour la caractéristique : simple.

Nous n'avons pas retrouvé de différence dans les types de situations (marquante, dernière, aigue, chronique, grave, simple, complexe) en fonction du fait que le stage ambulatoire ait été fait ou non, à l'exception des **situations bénignes, qu'on retrouvait plus chez les internes n'ayant pas fait leur stage ambulatoire de niveau I ( $p=0.030$ )**.

### 3. Proche concerné

On ne retrouvait pas de différence significative entre les hommes et les femmes pour les proches concernés suivants : parent, famille par alliance. Les données n'étaient pas suffisantes pour que le test du Chi 2 soit valide pour la fratrie, les collègues, les amis, les grands-parents, les enfants et les connaissances.

Le fait d'avoir fait ou pas le stage de niveau I n'avait pas de rapport avec le parent concerné, nous ne trouvons pas de différence pour les parents, la fratrie, les grands-parents, la famille par alliance, et les amis. Les effectifs ne permettaient pas d'effectuer le test pour les enfants, les collègues et les connaissances.

### 4. Actions réalisées

Concernant les actions réalisées, le test ne montrait pas de différence pour la réalisation d'un interrogatoire standard entre les hommes et les femmes. Il n'était pas valide pour évaluer une différence entre les hommes et les femmes pour l'examen clinique, les vaccinations, les ordonnances de médicaments et d'examen complémentaires, les certificats et les orientations.

Nous avons trouvé des différences dans les actions réalisées selon le fait d'avoir terminé le stage ambulatoire de niveau I. **Les internes étaient plus nombreux, après avoir terminé leur stage ambulatoire de niveau I, à faire un examen clinique standard ( $p= 0.015$ ) et à faire des ordonnances pour des examens complémentaires ( $p= 0.043$ ),** de façon statistiquement significative. Nous n'observions pas de différence significative pour l'interrogatoire standard, les ordonnances de médicaments et les orientations. Il n'était pas possible de réaliser le test pour les vaccinations et les certificats.

## 5. Prescription de médicaments

Les données étaient insuffisantes pour tester une différence dans les types de médicaments prescrits entre les hommes et les femmes. De plus il n'y avait pas de différence significative entre les hommes et les femmes pour la réalisation ou non d'ordonnances de médicaments en général.

Nous n'avons pas observé de différences statistiquement significatives selon la réalisation du stage ambulatoire de niveau I pour la prescription ou non de médicaments en général et la prescription des antalgiques. Les effectifs ne permettaient pas de tester les renouvellements d'ordonnances, les prescriptions de pilule, de traitements anxiolytiques, d'antibiotiques et de traitements symptomatiques.

## 6. Orientation

En ce qui concerne les orientations, il n'y avait pas de différence significative entre les hommes et les femmes pour l'orientation vers le médecin traitant, vers le spécialiste ou vers l'hôpital. Le test n'était pas valide pour l'orientation vers un autre médecin généraliste.

Il n'était pas observé de différences dans les orientations vers le médecin traitant, vers le médecin spécialiste et vers l'hôpital selon le fait que le stage ambulatoire de niveau I soit terminé ou non. L'orientation vers un autre médecin généraliste ne pouvait pas être testée.

## 7. Difficultés pratiques

Nous n'avons trouvé aucune différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes, en ce qui concerne ceux qui n'avaient pas rencontré de difficultés pratiques, et ceux qui en avaient rencontré en rapport avec la pathologie, l'interrogatoire et l'examen clinique. Les données étaient insuffisantes pour réaliser le test pour la relation au corps, la réalisation d'ordonnances et de certificats.

Selon la réalisation du stage ambulatoire de niveau I, nous n'avons pas retrouvé de différence significative pour ceux n'ayant pas eu de difficultés, ceux ayant eu des difficultés avec la pathologie, avec l'interrogatoire et l'examen clinique. Nous n'avons pas pu tester la relation au corps, la prescription et les certificats.

## 8. Difficultés dans le vécu

Nous avons trouvé une différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes : **les femmes craignaient plus la gravité que les hommes avec  $p=0,0046$** . On ne retrouvait pas de différence statistiquement significative pour les points suivants : la pudeur, le manque d'objectivité, la limite des compétences, l'obligation de réussite, le vécu affectif, la relation avec l'entourage commun et l'intrication vie privée-vie professionnelle. Le test n'était pas réalisable pour les autres points : aucune difficulté, l'observance, le secret médical, et l'opposition aux soignants.

Nous avons observé une **différence statistiquement significative ( $p=0.0333$ ) pour la pudeur, pour les internes ayant fait leur stage ambulatoire, qui rencontraient davantage cette difficulté que ceux qui ne l'avaient pas encore fait**. Nous n'observons pas de différence significative pour les difficultés liées à la peur de la gravité, le manque d'objectivité, la limite des compétences, l'obligation de réussite, l'opposition aux soignants, le vécu affectif, la relation avec l'entourage commun, et l'intrication vie privée-vie



professionnelle. Les effectifs ne permettaient pas de rechercher une différence entre ceux n'ayant pas eu de difficultés dans le vécu, ceux ayant eu des difficultés dans l'observance et le secret médical.

### **Au total**

Nous avons trouvé que les femmes étaient plus fréquemment confrontées à des situations graves, et qu'elles avaient plus souvent peur de la gravité.

Les internes n'ayant pas fait leur stage ambulatoire étaient plus fréquemment confrontés à des situations bénignes.

Les internes ayant terminé leur stage ambulatoire de niveau I. étaient plus fréquemment confrontés à la maladie de leurs proches et sollicités par ceux-ci. Ils se positionnaient plus fréquemment comme soignants pour leurs proches, mais aussi refusaient plus souvent d'intervenir. Ils réalisaient plus souvent un examen clinique standard et des ordonnances pour des examens complémentaires, et rencontraient plus de difficultés face à la pudeur

## Résultats : Questions à texte libre

---

Le questionnaire proposé aux internes contenait neuf questions à réponse libre. Parmi les 173 questionnaires renvoyés, 118 internes l'ont complété jusqu'aux questions à texte libre, soit 68,21% d'entre eux.

La première question était posée après la série de difficultés pratiques à puces exclusives : dans votre pratique avez-vous été confronté à des difficultés autres ? 118 internes ont répondu, soit 100% d'entre eux.

La deuxième question était posée après la série de questions à puces exclusives sur les difficultés dans le vécu : dans votre vécu, avez-vous été confronté à des difficultés autres ? 3 personnes ont répondu à cette question.

Venaient ensuite deux séries de questions à réponse libre :

Selon vous, pour les proches concernés, le fait d'être interne a eu :

- quels impacts ? 74 personnes ont répondu à cette question, soit 62,71% des répondants à ce stade du questionnaire.
- quelles limitations ? 72 personnes ont répondu à cette question soit 61,02% des répondants.
- quels avantages ? 80 personnes ont répondu à cette question, soit 67,80% des répondants.

Pour votre pratique professionnelle, ces situations ont eu :

- quels impacts ? 68 internes ont répondu à cette question soit 57,63% des internes répondants à cette étape.
- quelles limitations? 53 internes ont répondu à cette question, soit 44,92% des répondants.

- quels avantages ? 56 personnes ont répondu à cette question, soit 47,46% des répondants à cette étape.

La dernière question du questionnaire était également à réponse libre : Au total quelles recommandations faites-vous (pour vous-mêmes et pour vos collègues) pour un positionnement pertinent vis-à-vis des problèmes de santé de vos proches ? 93 internes ont répondu à cette question, soit 78,81% d'entre eux.

Les réponses ont été analysées question par question, les idées principales ont été regroupées par groupes et sous-groupes de notions.

## I. Autres difficultés dans la pratique en tant que soignant

Sur les 118 personnes ayant répondu à cette question, 97, soit 82% d'entre elles ont répondu non. Elles n'ont donc pas rencontré d'autres difficultés dans leur pratique que celles qui avaient été énoncées précédemment dans le questionnaire. Les 21 autres personnes ont rencontrées d'autres difficultés dans la pratique.

### *La consultation informelle*

Plusieurs internes ont évoqué la difficulté que représentait la consultation informelle, y compris par téléphone.

### *La négociation pour le soin*

Une personne a évoqué la difficulté à convaincre son proche de la nécessité de consulter.

### *La peur de l'erreur*

Deux internes ont évoqué la crainte de mal faire : « *stress supplémentaire de faire une connerie* ».

### *La participation active aux soins*

Pour une personne, le proche avait été hospitalisé dans son service : « *difficultés psychologiques pour moi* ».

### *Le vécu de la maladie de son proche*

Plusieurs internes ont évoqué avoir rencontré des difficultés liées au type de pathologie qui touchait leur proche : difficulté de prise en charge d'une pathologie psychiatrique : « *mélancolie délirante avec hallucinations* », d'une fin de vie, ou d'un trouble probablement psychosomatique non accepté par le malade.

## *La maladie grave*

Deux personnes ont rencontré des difficultés dans des situations d'annonce de maladies graves.

## *L'absence d'accès à l'information médicale*

Dans le cadre de la maladie grave, deux personnes ont évoqué leurs difficultés à évaluer la situation à partir des informations relayées par les proches : « *difficultés à "décrypter" les informations relayées par le patient ou sa famille quant au diagnostic exact, et les étapes thérapeutiques* » sans avoir l'accès au dossier médical : « *sans assister à un staff médical ni avoir accès au dossier médical comme pour les patients habituels* ».

## *Le désaccord avec le médecin soignant*

Deux personnes ont évoqué des difficultés liées à la non-entente avec le personnel soignant de leurs proches : « *le service médical concerné qui avait une approche trop éloignée de la mienne* ».

## II. Autres difficultés dans le vécu

Deux notions ont été évoquées dans cette partie ;

Le décès du proche.

La difficulté à informer ses proches sans les inquiéter, entre l'envie de les protéger et le souhait de ne pas leur cacher la vérité : *« l'information des proches quant à l'évolution (péjorative) que l'on peut dépister par des éléments médicaux indirect (changement de protocole de soins, passage à des traitement moins "agressifs") et l'envie de protéger ses proches, de ne pas être trop brutal, de laisser le temps de comprendre [...] Dans le cas contraire où on décide de les épargner un peu, comment faire pour ne pas avoir l'impression de leur mentir? ».*

### III. Avantages dans la pratique

33 personnes voyaient des avantages pour leur pratique:

#### *Mise à jour des connaissances*

Six personnes ont répondu que la situation leur avait permis de mettre à jour leurs connaissances : « *sémiologie de cette pathologie revue complètement* », en particulier pour des pathologies non apprises dans les livres et propres à la médecine générale : « *pathologies et traitements que l'on apprend ni au cours de l'enseignement universitaire ni lors des stages d'internat, et c'est encore plus vrai en médecine générale* », donc d'améliorer leurs compétences dans le domaine concerné : « *Meilleure connaissance d'une pathologie* ». Un d'entre eux semblait avoir découvert un domaine dans lequel il souhaitait poursuivre son exercice : « *acharnement thérapeutique, fin de vie, soins palliatifs ... un objectif de carrière* ».

#### *Réalisation du statut de patient, meilleure information et amélioration de l'empathie*

Quatre répondants ont découvert les soins du côté du malade : « *se mettre dans le rôle d'un proche de la famille* », et les limites de l'accompagnement par l'équipe médicale : « *réaliser le sentiment de solitude des malades et des familles même si le médecin est disponible* ».

Ils ont également découvert la difficulté de compréhension de l'information médicale : « *importance de la compréhension entre l'annonce et ce qui est intégré* », et la nécessité d'améliorer cette information : « *nécessité d'apporter une information de qualité* ».

La meilleure compréhension de ce que vivent les patients et leurs proches aboutissait à une empathie majorée : « *Peut-être qu'on est plus compréhensif quand on a vécu ou été impliqué dans la même situation que notre patient* ».



### *Facilités de navigation dans système de soins*

Plusieurs personnes soulignaient cet aspect : « *avantage lié à la compréhension du système de soins et du jargon* », permettant de faciliter les interactions avec les acteurs du système de santé.

### *Satisfaction et reconnaissance*

Plusieurs personnes ont abordé dans cette partie un avantage qui n'appartient pas tout à fait au côté pratique : la satisfaction : « *satisfaction d'être utile à mes proches* », en rapport avec la reconnaissance des proches, qui donnait à l'interne une « *place plus importante* » et « *la confiance en soi* ».

### *Recommandations*

Trois répondants ont donné dans cette partie leur avis sur le positionnement à prendre, qui était commun : « *pas de soins de ses proches même pour des pathologies bénignes* ».

### *Aucun*

23 personnes ont répondu qu'ils ne voyaient aucun avantage, et 3 personnes pas d'avantage, soit 26 personnes au total, 46,43% des personnes répondant à cette question.

## IV. Avantages pour les proches

### *Avantages pratiques*

La notion d'**accessibilité** : « *Accès au soin plus simple* » et de disponibilité : « *avoir un médecin à disposition à tout moment* » ont été souvent évoquées.

Il était également souvent noté la **rapidité** de cet accès : « *prise en charge plus rapide* ». Trois personnes étaient allées au domicile d'un de leurs proches : « *n'a pas eu à se déplacer à un cabinet médical* ».

Pour trois personnes, l'**accès facile à la prescription médicale** était un avantage : « *une prescription de médicaments symptomatique bénins facile obtenir* ».

Deux personnes ont noté la **gratuité**.

Plusieurs internes ont abordé la **facilité de la navigation dans le système de soins** : la facilité à communiquer avec le personnel soignant : « *dialogue plus simple et facile avec l'équipe médicale* », permettant une prise en charge individualisée : « *conseils donnés adaptés à la personnalité de ma grand-mère* » ; et la connaissance du personnel soignant hospitalier : « *connaissance avec des médecins de structure hospitalière* » et en ville : « *carnet d'adresse* ».

### *Faire appel aux compétences médicales*

**Demander un avis ou un conseil médical**, à défaut d'une consultation : « *un avis médical (le mien) a été pris alors que les personnes concernées n'auraient pas consulté autrement* » ou en plus d'une consultation : « *ils ont un avis supplémentaire par rapport à celui du médecin traitant* ». Avec l'idée que le caractère de proche assure d'avoir le meilleur conseil : « *avoir l'avis médical d'une personne de la famille qui souhaite de manière certaine le meilleur pour le malade* ».

**Demander une information médicale détaillée** : « *information claire* », complémentaire, en prenant le temps nécessaire à la compréhension : « *pouvoir prendre plus de*

*temps pour expliquer les choses », en adaptant le discours : « traduction du langage médical », pour des proches qui osaient poser plus de questions : « ce dont ils n'ont pas osé demander à leur médecin traitant ou ce qu'ils n'ont pas compris ils me le demandent à moi ».*

Le rôle peut être d'**orienter** : « simple rôle d'orientation ».

**Profiter de l'œil « expert »** de l'interne sur la prise en charge : « *confirmer que la prise en charge est adaptée* ».

### *Les avantages d'une relation déjà existante*

La **rassurance** a été très souvent évoquée : « *je peux rassurer mes proches sur leurs inquiétudes et interrogations* », qui permet de diminuer l'anxiété du proche malade : « *moins d'angoisse de la part de mon proche car il était dans un environnement moins stressant* », rendu possible grâce à la **confiance** dans le proche-interne.

La **bonne connaissance du malade** pour mieux le soigner : « *connaitre la façon de vivre de ma famille* » et pour qu'il soit dans un environnement connu « *familier* ».

Pour deux personnes, la proximité permettait l'**honnêteté** : « *parler des problèmes sans restrictions* ».

Pour quatre personnes, un avantage était l'**amélioration de l'observance** par le rôle du proche-interne : « *observance et suivi du traitement* ».

## V. Impacts sur les proches

### *Les sollicitations*

Les demandes de conseils, de traduction du langage médical, d'informations médicales, d'explications, sur un diagnostic, un pronostic, une ordonnance, un traitement, une orientation, un résultat d'examen, décrites parfois comme une « *hyper sollicitation* », auprès d'un interlocuteur privilégié, de première ligne : « *se tourner immédiatement vers moi* ». La demande devenait parfois une attente du proche : « *attendent quelque chose supplémentaire de moi, de par ma fonction* ».

### *Particularités de prise en charge*

La notion d'une prise en charge plus **rapide** a été évoquée à 6 reprises par les internes.

La **facilité de l'accès aux soins**, à l'information médicale, à la prescription d'ordonnances a été évoquée également à 6 reprises, avec l'idée de **disponibilité** de l'interne.

Trois internes ont dit qu'ils se **substituaient alors au médecin traitant** : « *s'adresser à moi plutôt qu'à son médecin traitant* ».

A quatre reprises les internes évoquaient une **prise en charge médicale plus adaptée**.

Dans deux cas, par une bonne **orientation** : « *meilleure orientation vers le spécialiste concerné* ».

Dans un cas, grâce à l'œil de l'interne qui aura **déecté des complications** : « *détection de problèmes graves non détectés par l'équipe soignante* ».

Un interne a évoqué la **confiance plus facile** permettant une plus grande liberté dans la discussion et améliorant donc l'information et la prise en charge.

Un interne évoquait la **sensibilisation** de ses proches aux problèmes de santé : *«la personne est alertée des pathologies possibles et leurs risques »*, permettant d'éviter un retard à la prise en charge.

Trois internes notaient que leur intervention pouvait aboutir à un **traitement de faveur** : *« lui a évité 2 heures de queue aux urgences »*.

Deux internes notaient que la prise en charge pouvait être **inadaptée**, dans l'excès, pour les explorations et le traitement : *« majoration des explorations »*.

Pour deux internes, leur position avait permis une **acceptation des soins** par leurs proches : *« a mené à une chirurgie malgré les réticence du patient »*.

### *Vécu du proche*

Dans 10 cas, était évoqué **l'effet rassurant** d'avoir un interne dans son entourage proche.

Pour 7 internes, les proches avaient **confiance**. Dans deux cas, ils le mettaient en relation avec un sentiment de sécurité pour le proche.

Pour 3 internes, leur rôle était aussi **le soutien, l'appui et le réconfort** de leurs proches.

Pour un interne, il pouvait être à l'origine d'une plus grande inquiétude de ses proches malades, du fait de sa propre crainte du diagnostic grave : *« Peut-être plus d'inquiétude due au fait que je pense toujours aux diagnostics les plus graves en ce qui concerne ma famille ou mes proches par peur de passer à côté de quelque chose »*.

### *Vécu de l'interne*

Cinq internes évoquaient le **sentiment d'obligation** qu'ils ressentent face à leurs proches et à leurs maladies : *« obligation d'intervenir »*, avec **l'attente de réussite** des proches : *« forte attente de résultats de la part du proche, d'un "traitement miracle" »*, et du soignant lui-même : *« volonté du soignant d'être dans la réussite »*.

Deux internes ont évoqué le fait que leur statut leur donnait une **place particulière** : pour l'un « *mon statut a donné du crédit à mon point de vue* » et pour l'autre de la « *grandeur* ».

Un interne a évoqué ici la notion de sa **responsabilité**.

### *Autres*

Six internes ont trouvé qu'il n'y avait aucun impact pour leurs proches malades, 4 ont trouvé qu'il était peu important ou minime.

Deux internes ont trouvé que l'impact était positif, sans donner de précisions.

## VI. Impacts sur la pratique

### *Impacts sur la pratique médicale standard*

Pour beaucoup d'internes, la maladie chez leur proche a été l'occasion de **mettre au point leurs connaissances** sur la pathologie en question : « *revoir les indications réelles des examens complémentaires et leur impact* », dans un cas cet approfondissement était perçu comme un « *rappel des lacunes* ».

Pour plusieurs internes la maladie de leur proche leur a permis de **découvrir ce que vivaient les familles des patients** : « *passer de "l'autre côté"* ». A partir de cette expérience ont découlé plusieurs idées.

Plusieurs internes ont réalisé auprès de leur proches malades les **défauts de l'information médicale au patient et aux proches** et disaient qu'ils insisteraient sur ce point dans leur pratique dorénavant : « *réaliser qu'on ne parle jamais assez au patient et sa famille. Il faut toujours s'assurer de ce qu'ils ont compris* », en recherchant les informations mal interprétées : « *comprendre que le patient mésinterprète souvent* ».

Pour beaucoup d'internes, suite à une expérience vécue auprès d'un proche malade, ils estimaient être **plus empathiques et avoir plus de compassion** pour leurs patients : « *l'exacerbation de ma compassion vis à vis de mes patients* », ainsi que pour leur entourage : « *depuis je suis plus attentive à la place des accompagnants des patients atteints de maladie grave* », en particulier dans des situations qui seraient identiques à la situation vécue : « *une sensibilité particulière pour les patients atteints du même type de maladie* ».

L'expérience vécue les amenait également à être **plus attentifs à certains symptômes** : « *plus attentif à des symptômes d'allure bénins* », dans certaines situations : « *bien examiner les patients âgés y compris en maison de retraite vu les compétences limitées des soignants sur place* », aux questions d'organisation pour le malade et ses proches : « *plus grande attention* ».

aux détails logistiques », et à la compréhension du patient : « j'ouvre toujours mes entretiens en demandant s'il a plus de questions ».

Dans trois cas, la situation vécue était à l'origine de stress dans la pratique médicale, sans précision.

### *Impacts sur la pratique médicale auprès des proches*

Pour plusieurs internes, le premier impact a été de **réaliser que la maladie était possible aussi chez leurs proches** : « prendre conscience que la maladie ne touche pas que des personnes inconnues ».

Des internes ont réalisé **le manque d'objectivité face aux proches malades** et « le sentiment désagréable d'intrication entre vie professionnelle et vie privée ».

Pour un interne, l'expérience de la maladie chez un proche est décrite comme « un traumatisme ».

Pour plusieurs internes, avoir un proche malade a eu un retentissement sur leur activité professionnelle : une **augmentation du temps de travail** liée au soin des proches, un **arrêt de travail** « ma chef m'a mis spontanément en congé 2 jours », des difficultés à travailler : « difficultés à me concentrer pendant cette phase de diagnostic », ou encore un **choix de mode d'exercice** : « j'ai renoncé à une éventuelle carrière hospitalière pour faire de la médecine de ville et ainsi avoir le temps de prendre soins de mes proches ».

Plusieurs internes donnaient ici leurs recommandations sur la conduite à tenir face à un proche malade. Plusieurs recommandaient de ne jamais soigner, même pour des pathologies bénignes, pas plus pour des pathologies chroniques, et de renvoyer systématiquement chez le médecin traitant. Un interne disait qu'il fallait toujours chercher le pire, et cela même chez un proche.

A cette question, 23 internes ont répondu qu'il n'y avait aucun impact sur la pratique, deux ont répondu qu'il n'y en avait pas, et un interne a répondu : « rien ».



## VII. Limitations dans la pratique

### *Limitations liées au statut d'interne*

Plusieurs internes ont pointé les **limites de leurs compétences médicales** : « *réponses aux questions limitées par mes connaissances* », liées à leur statut et responsable d'une marge de manœuvre restreinte : « *en tant qu'interne on est limité dans nos capacités d'intervention dans la prise en charge* », avec parfois un sentiment de remise en question : « *remise en cause de compétences* ».

Deux internes ont évoqué **le réseau**, pas encore créé au stade de l'internat : « *réseau médical inexistant* », entraînant donc des demandes à des confrères pouvant être vécues comme gênantes : « *gênant de demander "faveurs" à ses confrères* ».

### *Limitations liées à la relation préexistante*

De nombreux internes ont évoqué le **manque d'objectivité** : « *on ne peut pas être objectif avec les gens proches de nous* », qui modifiait le jugement médical : « *l'affect modifie l'évaluation de la situation* » et rendait donc difficile une prise en charge optimale : « *difficulté à réaliser une prise en charge entière* ».

Le manque d'objectivité a été relié par plusieurs internes à leur vécu affectif face à leur proche malade : « *j'aurai des difficultés à trouver "la bonne distance" [...] je pense que j'aurai du mal à gérer mes propres émotions* ».

Un interne a évoqué la difficulté liée à **l'intrication entre la vie professionnelle et la vie privée**.

Plusieurs internes ont noté les limites liées à une **consultation informelle** : « *exercice de la médecine de façon très bancale* », en particulier la difficulté à réaliser l'examen clinique d'un proche : « *le rapport au corps avec une connaissance est plus difficile* », aboutissant à une médecine de mauvaise qualité : « *médecine approximative* » avec le risque de regretter d'être à

l'origine d'une prise en charge inadaptée pour son proche : « *qui peut donner mauvaise conscience après coup!* ».

Un interne a évoqué la **peur de l'erreur médicale** particulièrement présente pour un proche : « *crainte de mal faire* ».

Un interne disait focaliser sur un symptôme particulier suite à une expérience avec un proche malade : « *petite psychose sur les douleurs de hanche de mes patients suivants* ».

Plusieurs internes ont évoqué dans cette partie leurs recommandations quant au soin des proches, pour les cinq internes qui se sont prononcés, il ne faut pas soigner ses proches : « *apprendre à ne pas soigner ses proches* », l'un d'entre eux pondérait avec les situations d'urgence : « *si possible adresser à un confrère les proches sauf situation urgente* ».

### *Aucune*

Pour 25 des internes qui ont répondu à cette question, il n'y avait aucune limitation dans la pratique.

## VIII. Limites pour les proches

### *L'interne médecin de son proche*

Quand l'interne envisageait de se positionner comme médecin, il était limité par ses **compétences** pour beaucoup de répondants : « *connaissances limitées, non spécialisées* », et par sa **courte expérience** : « *trop peu d'expérience acquise* »; qui ne lui permettaient pas de répondre aux demandes de ses proches : « *trop d'attente par rapport à mes compétences* ». Le défaut de compétence pouvait aussi être un jugement des proches en cas de résultats non satisfaisants : « *on est tout de suite vu comme peu compétent si l'effet thérapeutique n'est pas immédiat ou presque (quand bien même le dg est bon...)* », ou quand l'interne est sollicité comme un deuxième avis : « *peur de décevoir s'ils vont voir un autre médecin avant de demander mon avis* ». Ainsi l'interne pouvait simplement ne pas être en mesure de soigner son proche : « *malgré mon statut et toute ma bonne volonté pour aider au mieux, je ne pouvais pas me substituer aux médecins hospitaliers (pas la compétence technique)* ».

Le **manque de crédibilité** a été évoqué par plusieurs internes, dont les proches avaient des difficultés à les voir dans leur rôle de médecin, quand ils le voyaient toujours dans leur rôle familial : « *Manque de confiance des parents (a du mal à suivre les prescriptions de son enfant)* ». S'en suivait une difficulté à suivre les conseils de l'interne, d'autant plus s'ils différaient de ceux du médecin soignant : « *le proche concerné me demande mon avis objectif mais ne me prend pas au sérieux quand je ne suis pas du tout d'accord avec la prise en charge du médecin qu'elle a consulté* ». Il était alors compliqué pour l'interne de se faire entendre et de faire passer les messages : « *difficultés à convaincre du caractère urgent sans entrer dans la psychose* ». Parfois, les conseils pouvaient être interprétés : « *ils retiennent les conseils qui vont dans leur sens et jettent les autres aux oubliettes* ». Dans cette situation, le proche s'en remettait souvent à un autre médecin : « *préfèrent un autre avis, d'un "vrai docteur"* ».

Plusieurs internes ont cité ici la **peur de l'erreur médicale** : « *angoisse de ne pas faire le bon diagnostic et de passer à côté de quelque chose de grave* ».

Les internes ont évoqué leurs difficultés à intervenir dans la prise en charge d'un proche, liées à leur statut d'interne, pour l'orientation vers un spécialiste : « *je ne pouvais pas faire la démarche d'adresser au spécialiste en tant qu'interne* », et en tant que soignant extérieur à une structure médicale.

A été évoquée par plusieurs internes, la difficulté à **se positionner par rapport aux soignants** de son proche : « *réticence de l'équipe soignante à donner des détails* ».

Le rôle à jouer de l'interne était proposé par plusieurs personnes : avoir un rôle de conseil : « *juste rôle de consultant* », d'orientation : « *orienter vers les confrères* » sans prise de décision : « *suivi à distance sans prise de décision sur la prise en charge* ». Tout en étant conscient des limites de cette intervention : « *avis partiel qui à mon sens n'a pas de sens* ». Deux internes répétaient ici : « *je ne suis pas le médecin de mon proche* », dont un qui pensait que le statut d'interne n'améliorait pas la prise en charge médicale des proches.

### *Dans la consultation*

Le **défaut d'objectivité** a été évoqué par plusieurs internes, en rapport avec des affects trop importants : « *ça ne peut pas être ça, enfin, surtout ça ne DOIT impérativement pas être ça* », et rapporté comme étant évoqué également par les proches eux même : « *étant un de leur proche, mon avis n'est pas impartial et objectif selon eux* ».

L'interne pouvait alors avoir des incohérences dans son discours, partagé entre le discours du médecin, et le discours du proche : « *avoir envie de rassurer en tant que famille, et ne pas pouvoir créer de faux espoir en tant que médecin* ».

Dans la réalisation de la consultation, de nombreux éléments pouvaient conduire à une **consultation informelle** : « *pas de consultation chez un/e médecin: pas d'interrogatoire détaillé, pas d'examen clinique, pas d'action de prévention sur le mode de vie* ». L'**interrogatoire**

pouvait être le seul élément informatif : « *diagnostic sur interrogatoire simple* », mais il pouvait être **incomplet** car téléphonique, du fait de la distance géographique ou par gêne à aborder certains sujets : « *embarrassant si trop intime* ». Il ne permettait pas alors de raisonner avec l'ensemble des éléments : « *rétenion d'information* ». **L'examen clinique était souvent incomplet** par pudeur. Le tout aboutissait à une mauvaise prise en charge : « *relation médecin-patient faussée, prise en charge incomplète* », qui devra être recommencée auprès d'un autre professionnel, donc à une perte de temps et à un risque de **retard diagnostic** : « *a retardé la consultation avec le médecin traitant* ».

Une autre notion évoquée par deux internes était les horaires : « *le travail en dehors des heures de travail* ».

### *Autres*

Pour 14 internes, il n'y avait **aucune limite** pour les proches, pour un interne il n'y en avait pas.

Pour deux internes, les proches avaient peu de limites face à l'interne, et pour un d'entre eux n'hésitaient pas à recourir à lui sans même son avis : « *m'impliquer d'avantage dans les situations médicales même sans mon accord* ».

Deux internes ont évoqué les réserves de leurs proches à les solliciter par « *peur de déranger* », peur de fausser les rapports, ou « *culpabilité de la part du proche de m'impliquer autant dans sa maladie* ».

## IX. Recommandations

### *Ne pas soigner ses proches*

De nombreux internes ont recommandé de ne pas soigner ses proches : « *ne pas être le médecin du proche* », et de ne pas se mettre en position de soignant pour son proche : « *A EVITER TANT QUE POSSIBLE++++* ». La notion d'implication revenait souvent : « *ne JAMAIS JAMAIS s'impliquer dans les soins des proches* ».

Certains entraient dans le détail des actes à éviter : « *ne jamais examiner, éviter de donner des conduites à tenir* », ou encore de ne pas être le médecin traitant, de ne pas les prendre en charge, de ne pas les traiter, ne pas dépanner d'ordonnances, de ne pas les voir en consultation.

De nombreuses formulations ont été employées, avec parfois l'idée de se retenir de le faire : « *s'abstenir d'intervenir* », l'idée de s'occuper de ce qui nous regarde : « *ne pas se mêler de ce qui relève de la prise en charge du médecin traitant* », et l'idée d'essayer de se tenir à ce principe : « *tenter de ne pas s'en occuper au maximum personnellement* »,

Plusieurs internes disaient se positionner eux-mêmes ainsi : « *Je pense qu'il est dangereux de vouloir devenir médecin traitant de sa famille. Je refuse de l'être* », dont un qui expliquait que l'éloignement géographique favorisait son positionnement : « *ceci est facilité par le fait que ma famille n'est pas dans la région* ».

Certains limitaient cette recommandation à certaines situations : « *quand ils sont trop proches* », et cette recommandation s'appliquait particulièrement, pour beaucoup d'internes, dans le cas des pathologies graves ou complexes : « *ce n'est pas à l'ami, le frère, la sœur, le fils, la fille de prendre en charge ce problème surtout quand il s'agit d'un problème grave* ».

## *Erreur et culpabilité*

Plusieurs internes ont justifié cette attitude par l'évitement d'une position de responsabilité médicale pour leur proche : « *trop lourd de responsabilités* », avec la crainte de l'erreur médicale et de la culpabilité qu'elle pourrait engendrer : « *toute décision que nous prenons seuls pour eux peut être une source éternelle de culpabilité et de remords en cas de tournure négative de la situation, et ce que la décision ait été ou non la bonne, personne ne nous en convaincra* ».

## *Garder sa place de proche*

En allant dans le même sens, plusieurs internes ont proposé de garder leur rôle de proche : « *garder sa place de membre de la famille* », en reconnaissant la difficulté à rester dans cette position : « *essayer de garder un rôle de parent et moins de soignant au premier plan mais très difficile* ». Un interne évoquait son expérience dans ce cas : « *en ce qui me concerne, je me suis toujours placée en tant que "proche" de la personne et n'ai pas souhaité être impliquée dans le domaine "soignant". J'étais pour la personne une amie avant tout et non son médecin. Pour mes relations avec la personne cette séparation des rôles a été naturelle et simple à gérer pour moi.* ».

## *Etre un soutien*

Plusieurs internes ont proposé de se positionner comme un soutien et un accompagnant plus que comme un soignant : « *soutenir son proche dans son combat contre la maladie* », d'apporter une écoute au proche malade et à l'entourage : « *être à côté mais jamais devant la maladie de ses proches* ».

## *Le proche qui ne laisse pas le choix*

Mais deux internes ont noté que parfois leurs proches ne leur laissaient pas le choix : « *si je ne m'étais pas impliqué, la personne aurait mis des mois à consulter... et la perte de temps*

*n'était pas envisageable... », pensant que l'interne est le mieux placé pour les soigner : « les proches ne comprennent pas que l'on n'est pas la meilleure personne pour soigner ses proches ».*

### *Etre disponible*

Dans le cas où l'interne ne refusait pas catégoriquement de soigner son proche il a été proposé d'être disponible pour les siens : *« être accessible car rôle de médecin dépasse le cadre de simples horaires de bureaux, surtout vis à vis de personnes pour qui on a de l'affection ».*

### *Informers ses proches*

Un grand nombre d'internes a recommandé d'informer les proches, de répondre à leurs questions médicales et d'expliquer des situations médicales : *« en revanche, notre statut nous permet d'avoir un rôle d'explication++++ »,* parfois mal comprises par les non-médecins : *« pouvoir donner des explications plus claires (car les gens n'osent souvent pas dire à leur médecin lorsqu'ils ont mal compris) »,* il pouvait alors s'agir plus d'une *« traduction »,* en restant dans les limites de leurs compétences.

### *Conseiller ses proches*

Beaucoup d'internes acceptaient de donner des conseils : *« tout en distillant avec précaution et bienveillance des conseils »,* certains précisaient ne pas vouloir faire plus : *« je m'interdis de faire plus que de donner des conseils »,* ou ne le faire que pour des situations non graves : *« prodiguer des conseils simples, uniquement sur des sujets généraux ».*

### *Donner un avis à ses proches*

Plusieurs internes proposent de donner un avis médical : *« donner un "1er avis" ».*



### *Rassurer ses proches*

Plusieurs internes ont recommandé de rassurer les proches : « *rassurer si besoin* », de répondre à leurs inquiétudes, parfois juste avec des explications simples : « *faire décompresser les angoisses de la famille par des infos générales* ».

### *Actes simples possibles*

Plusieurs internes ont proposé de réaliser quelques actes médicaux simples : « *se limiter aux vaccins (et certificat d'aptitude au sport amateur)* », des ordonnances pour des pathologies bénignes : « *sauf pour les petites ordonnances concernant la prescription de paracétamol...* », ou de renouvellement « *ne pas se mêler de ce qui relève de la prise en charge du médecin traitant sauf renouvellement d'ordonnance* », allant jusqu'à accepter la prise en charge complète de pathologies bénignes : « *pour des pathologies bénignes, on peut prendre en charge sa famille ou proches* ».

### *Soins en cas d'urgence*

D'autres internes ont évoqué le cas particulier de l'urgence, dans lequel ils recommandaient d'apporter les premiers soins : « *n'intervenir qu'en cas de nécessité, de risque avéré pour la santé de son proche* », et qui est à rechercher devant la demande d'un proche : « *par l'interrogatoire, montrer que l'on s'intéresse un peu au problème, en recherchant une éventuelle situation urgente / grave* ».

Deux internes précisait qu'il était nécessaire de prendre en charge le proche comme tout patient : « *prendre le temps d'une vraie consultation* ».

### *Pas de prise en charge complexe*

A l'opposé, dans le cas de problèmes de santé complexes ou graves, plusieurs internes recommandaient de ne pas participer à la prise en charge des proches : « *je pense que pour des problèmes de santé importants, chroniques, complexes, il est important de ne pas trop*

*s'impliquer* », mais de passer la main : « *mais dès que cela devient plus complexes mieux vaut un encadrement classique par le médecin traitant +/- spécialistes si besoin* », au risque de ne pas être objectif : « *s'il s'agit de pathologies non bénignes il vaut mieux ne pas prendre en charge les pathologies de ses proches pour ne pas être biaisé par l'affect* », et de ne pas apporter des soins de qualité : « *c'est une situation où on fait de la mauvaise médecine* ».

### *Adresser à un confrère*

De très nombreux internes recommandaient d'orienter les proches vers un confrère, de déléguer et de ne pas agir soi-même. Certains proposaient de le faire systématiquement, et de ne rien faire de plus pour leurs proches : « *se contenter d'orienter vers un collègue* ».

Ils conseillaient alors de consulter un médecin qui ne soit pas un proche, mais qui soit « neutre » : « *pour le reste je les encourage à voir un médecin sans lien familial* ».

L'orientation pouvait alors être adaptée, selon la situation clinique, le domaine concerné, et le degré d'urgence : « *rediriger de manière pertinente la famille auprès du médecin approprié et selon l'urgence de la pathologie* ». A été également évoqué la réorientation quand la prise en charge ne semblait pas adaptée : « *si je pense que la prise en charge n'est pas bonne, je conseille de voir un autre médecin pour peut-être faire ceci ou cela* ».

L'avantage de l'interne était de pouvoir utiliser ses contacts : « *profiter de notre position pour accéder à des soins de qualité plus facilement* », pour orienter vers un confrère de confiance : « *orienter vers une personne que l'on estime compétente* ».

Plusieurs internes orientaient en priorité vers le médecin traitant : « *inciter ses proches à prendre en charge leur santé avec leur médecin traitant* ».

Certains proposaient d'orienter de façon systématique, mais d'autres que dans le cas où le domaine concerné était en dehors des compétences de l'interne : « *il ne faut pas hésiter à les adresser à un confrère lorsqu'on se sent dépassé par la situation* ».

Pour certains le but de l'orientation vers un confrère était de permettre une prise en charge complète : « *rediriger vers médecin pour interrogatoire et examen complet* », rapide : « *pour éviter un retard de prise en charge* », et la plus adaptée : « *je pense qu'il vaut mieux confier au maximum ses proches à nos confrères pour assurer une prise en charge et un suivi optimal* ».

Les autres arguments en faveur de l'orientation vers un autre confrère étaient de se protéger : « *pour se protéger (plan affectif)* », et d'éviter un jugement médical subjectif : « *car on a souvent tendance à penser au pire* ».

### *Rester objectif*

Beaucoup d'internes ont évoqué le défaut d'objectivité en cas de prise en charge d'un de leurs proches : « *nous sommes tout sauf objectifs concernant nos proches* », par le côté affectif qui prend le dessus : « *manque d'objectivité, on est trop dans l'affectif* ».

Les risques de la subjectivité évoqués étaient une mauvaise évaluation médicale : « *car l'affectif empêche une prise en charge optimale du patient: risque de sur ou sous diagnostiquer des pathologies, risque de prendre des décisions inadaptées (anxiété ou déni)* ».

La recommandation était alors de tenter de rester objectif : « *essayer au mieux de faire abstraction de la relation avec les proches pour être le plus objectif possible...* ».

### *Garder ses distances*

Plusieurs internes ont proposé de prendre du recul par rapport à la situation médicale de leurs proches : « *prendre le plus de recul possible* », et de savoir garder des distances : « *rester le plus à distance possible* ».

Pour certains : « *l'implication doit être présente, et consister à surveiller de loin* », dans le but de se protéger.

La crainte était de passer du conseil anodin à une implication importante dans une prise en charge complexe sans s'en apercevoir ni pouvoir faire marche arrière : « *attention terrain glissant. Je pense que la frontière entre le simple regard type "qu'est-ce que tu en penses?" et*

*l'implication type "c'est mon médecin traitant" est très mince et que les bases doivent être posées. Pour ma part la frontière a été passée sans m'en rendre compte et dur de revenir en arrière ».*

Pour mettre en place cette distance, certains ont proposé d'éviter d'aborder le sujet de leur santé avec les proches : *« ne pas lui parler de sa santé sauf si c'est lui qui aborde le sujet »,* d'autres de savoir répondre non aux sollicitations : *« apprendre à ne pas rendre service ».*

### *Respecter le secret médical*

Deux internes ont évoqué la question du secret médical et l'importance de veiller à le respecter pour leurs proches : *« sans mépriser le secret professionnel ».*

### *Respecter le travail de l'équipe soignante*

Dans le cas d'un proche déjà pris en charge pour un problème de santé, plusieurs internes ont recommandé de veiller à respecter le travail de l'équipe soignante, et de se mettre en retrait : *« ne pas se placer au centre de la prise en charge, de peur de gêner le fonctionnement habituel d'une organisation qui fonctionne ».*

Ils proposaient de travailler en équipe avec les soignants, en tant que proche, dans le but d'optimiser cette prise en charge : *« interagir avec les professionnels soignants comme médecin mais en tant que proche ».*

Quelques internes ont proposé de se placer comme médiateur : *« plutôt se positionner en médiateur »,* ou encore superviseur de la prise en charge : *« superviser la prise en charge par d'autres soignants, garder un œil pour apporter son avis médical de manière constructive et pluridisciplinaire ».*

## Résultats : Entretiens

---

## I. Résumés des entretiens

Un tableau descriptif des entretiens est présenté en annexe 13.

### Entretien 1

L'interne a réalisé quelques examens cliniques simples, des ordonnances de renouvellement ou de dépistage pour sa famille et ses amis. Elle oriente ses proches vers leur médecin traitant. Elle surveille la santé de ses parents, et leur prescrit des examens avant le médecin traitant. Elle a l'impression de voler les ordonnances qu'elle prend à l'hôpital. Elle est ennuyée par les demandes de ses collègues.

### Entretien 2

L'interne donne beaucoup de conseils de prévention à ses amis. Son père, à tendance hypocondriaque, lui demande de contrôler tous ses examens. Il a découvert des mois après, la maladie et la chirurgie de sa mère. Il est vexé mais respecte sa pudeur, et s'informe indirectement. Sa mère se moque des inquiétudes de son père, l'interne a choisi de ne pas accentuer le conflit. Il a fait des examens cliniques et des ordonnances simples pour ses proches. Il oriente vers le médecin traitant, en qui il a confiance. Il a accompagné son fils aux urgences pédiatriques pour une fièvre persistante, il est passé devant tout le monde, pour découvrir une roséole, et s'est senti gêné. Un jeu s'est installé avec sa compagne qui ne veut pas accepter qu'elle ait une verrue, pourtant soignée par le dermatologue comme telle. Son beau-père ORL n'a jamais fait opérer les volumineuses amygdales de sa fille, qui fait des angines atypiques récidivantes, sujet à plaisanterie dans la famille.

### Entretien 3

L'interne donne des conseils et des orientations, elle fait de la régulation, renvoie au médecin traitant quand elle ne sait pas. Elle a fait quelques ordonnances de dépannage pour sa famille. Elle a diagnostiqué une phlébite chez son compagnon un dimanche, a refusé de s'en occuper et l'a orienté vers les urgences, malgré la demande et l'incompréhension de son compagnon. Celui-ci a eu un traitement de faveur aux urgences, où travaillait une amie de l'interne. L'interne lui a donné un coup de main pour les injections d'Innohep et les premiers INR, puis elle a insisté pour qu'il soit suivi par un médecin traitant. Elle pense que l'acte médical doit être cadré, au cabinet, et rémunéré. Elle éprouve de la satisfaction quand elle donne de bons conseils et quand elle rassure ses proches. Il lui semble que pour les proches il est normal que l'interne réponde aux sollicitations. Elle a donné le conseil téléphonique d'appeler SOS médecins pour sa nièce devant un tableau qui lui évoquait un purpura rhumatoïde, et avait vu juste.

### Entretien 4

En fin d'externat, le grand-père de l'interne a été hospitalisé dans l'hôpital de sa faculté, elle s'est renseignée auprès de collègues mais a gardé sa place de petite-fille. Elle a vécu le suicide de son grand-père hospitalisé. Son oncle, médecin généraliste, a été confronté à la maladie de sa belle-mère, l'interne ne veut pas suivre son exemple. Elle est sollicitée pour des questions simples et des conseils, examine peu ses proches qui ont leur médecin traitant, qu'elle soutient. Elle garde un œil sur la santé de ses proches.

## Entretien 5

Son beau-père a un lymphome, elle a devancé le médecin traitant dans les prescriptions, elle le trouve léger et elle n'a pas réussi à avoir une relation confraternelle avec lui. Elle a poussé à la consultation chez le spécialiste, a prescrit des examens complémentaires, et a demandé l'hospitalisation. Elle a accompagné son beau-père en consultation, lui a rendu visite à l'hôpital, a répondu aux questions du malade à tendance hypocondriaque et des 5 enfants très demandeurs. Elle passe avant les enfants quand sa belle-mère fait un AVC car ils préfèrent que les informations soient relayées par elle. Elle a parlé à l'équipe soignante pour le malade, et a respecté son travail. Elle est de caractère disponible, dépanne en examens et en ordonnances, mais demande à ses proches d'avoir un médecin traitant. Elle a été le médecin traitant de son grand-père dément, en fin de vie, en maison de retraite, car il le lui avait toujours demandé. Elle a réalisé l'examen clinique complet de son grand-père, y compris intime et a participé à sa toilette. Elle a pris des décisions d'hospitalisations par les urgences, a demandé l'avis des équipes palliatives et vécu la discordance entre sa position de médecin et de petite-fille devant une fin de vie. La prise en charge a été éprouvante, elle s'est sentie coincée dans sa position et a eu besoin de partager avec des pairs. Il paraît normal pour ses proches qu'elle se positionne comme soignant. D'un autre côté elle a de la satisfaction à les soigner.

## Entretien 6

Interne au sein d'une famille de médecins, qui s'exposent leurs problèmes de santé les uns aux autres, sans sollicitation. Il a été sollicité pour des informations sur le fonctionnement hospitalier et une pathologie par un ami, dont l'ami avait fait un arrêt respiratoire, hospitalisé en réanimation, dans le coma, puis en état de mort cérébrale, qui est finalement décédé. Il explique son manque d'objectivité, il critique l'équipe soignante qui



met son ami en difficulté mais reconnaît qu'ils ont suivi les recommandations. Il est mis en difficulté devant les limites de ses connaissances, et se sent testé. Il a pris conscience du défaut d'information médicale du côté patient et remet en question la formation médicale. Il se sent inconfortable face aux demandes d'informations. Il trouve qu'il a beaucoup de lacunes, et manque de connaissances en bobologie. Il est insatisfait de ses réponses et pense que c'est du fait de sa formation. Il a donné des conseils moralisateurs à son frère sur les IST. Il a fait quelques ordonnances de dépannage. Il ressent de la fierté quand il est satisfait de ses réponses.

## Entretien 7

L'interne a un ami qui a un lymphome, elle garde sa position d'amie, le dépanne pour des soins en cas de besoin. Elle est très sollicitée par leur entourage commun, mais elle n'a pas d'accès au dossier médical et essaye de comprendre la situation avec les informations relayées et transformées. Elle a compris la gravité et le mauvais pronostic là où les autres ne voient qu'un changement de traitement. Elle est isolée dans ce qu'elle comprend, et ne sait pas si elle doit le partager, puis une complication remet tout le monde au même niveau de compréhension. De plus elle sait qu'elle pourrait accompagner la famille du malade mais ne s'est pas présentée comme interne à eux. Elle critique l'équipe soignante pour une demande de décision médicale à la famille et le défaut d'information, mais elle reconnaît qu'elle n'est pas au courant de tout. L'entourage lui a demandé un piston pour entrer dans un service hospitalier. On lui a demandé des certificats, elle a accepté de les faire au cabinet, avec examen, et l'a vu comme une occasion de tester son objectivité. Elle a découvert un bilan sanguin catastrophique concernant son grand-père et appelé le médecin traitant, éloigné géographiquement, pour demander une prise en charge, puis a gardé un œil sur la santé de son grand-père.

## Entretien 8

Son oncle réanimateur, a eu une hépatite C, compliquée de carcinome. Il a fait une encéphalopathie sur insuffisance hépatique terminale. Il lui avait donné ses dernières directives avant de mourir quelques mois plus tôt, sans demande médicale particulière. Le père de l'interne et frère du malade est à l'étranger, l'interne se positionne alors comme intermédiaire entre l'équipe soignante et la famille, par procuration pour son père. Elle est interrogée par l'équipe soignante pour un positionnement médical, elle prend le rôle de médiateur familial, qui lui semble évident. Elle met son ressenti entre parenthèse pour accompagner les autres, prend un rôle de pilier, et ne s'autorise à craquer qu'avec les personnes moins concernées qu'elle. L'équipe hospitalière est franche avec elle. Elle assiste à l'hématémèse de son oncle et le soigne. Elle annonce le décès à son père. Être interne lui a permis de comprendre la situation et d'occuper cette position, qu'elle se sentait seule à pouvoir assumer. Elle a été gratifiée par l'entourage commun, et est contente de son bagage médical. Depuis elle est plus empathique, et plus attentive à la compréhension des patients, mais elle refuse d'entendre parler des bobos de ses proches, et évite de donner des conseils « en l'air ».

## Entretien 9

Sa tante qui vit loin a un cancer de la langue, pour lequel elle se fait soigner à Paris. Il aide à la gestion de l'annonce à la famille, il informe et répond aux questions, ses explications les rassurent. Il répond aux quelques demandes d'explications de sa tante malade, mais elle ne lui demande pas d'implication médicale, et pas d'information concernant le pronostic. Ils ont un accord explicite et implicite sur l'attitude à adopter avec l'entourage. La compréhension de l'interne n'est pas partagée par l'entourage sur l'évolution possible, il choisit de la garder pour lui. Ses inquiétudes médicales également. Il choisit de ne pas

s'informer auprès du médecin soignant car craint de modifier sa prise en charge. Il attend d'être informé par sa tante, et ne réclame pas auprès d'elle ses résultats. Il a la sensation d'avoir aidé sa famille et soulagé sa tante, pour lesquels il a été un interlocuteur privilégié. L'expérience lui a été utile pour les annonces diagnostiques par la suite, dans sa pratique. Il est mal à l'aise face aux sollicitations de bobologie au quotidien. Il s'attache à ne pas décrédibiliser le médecin traitant. Il dépanne des ordonnances quand elles ne nécessitent pas d'accompagnement médical et fait profiter de son réseau.

## Entretien 10

Il est sollicité pour des conseils par sa famille et ses amis, qui le considèrent difficilement comme médecin et sont parfois inobservants. Il donne des conseils et fait l'examen clinique minimal de la région concernée, mais il oriente pour l'examen complet, et les décisions de traitement car il craint les conséquences d'une possible erreur sur la relation avec son proche. Il fait des ordonnances « symboliques » pour pousser à la consultation. Son père est médecin et il y a une pharmacie à la maison, il pense que la bobologie peut rester dans le cadre familial. Il conseille quand il détecte des problèmes de santé. Il est sollicité par des personnes rencontrées quand il se présente comme interne. Il leur répond, même en dehors de ses heures de travail, et parfois leur dépanne des ordonnances. Il oriente vers le médecin traitant pour favoriser l'adhésion au système de santé. Il accepte de parler sur un mode informel quand il lui semble plus adapté au profil du patient, pour aider à rendre réel le problème de santé. Il refuse d'être le médecin traitant de ses proches.

## II. Facteurs influençant l'implication médicale de l'interne

### 1. Facteurs liés à l'interne

#### a. Particularité de la médecine générale

Deux internes ont évoqué spontanément la place particulière de la médecine générale dans le soin aux proches.

Les deux internes expliquaient que le médecin généraliste était plus souvent sollicité du fait de sa spécialité un peu touche à tout : « *le généraliste bah finalement comme tu gères un peu de tout, t'es plus facilement accessible... tu te retrouves à donner ton avis sur un peu tout* » 5.

En opposition aux médecins spécialistes qui eux, ne seraient sollicités que dans leur domaine : « *si t'étais spécialiste où effectivement tu peux dire ben non ça c'est pas ma partie* » 5.

#### b. Présence de médecins dans l'entourage

##### *L'interne seul médecin de la famille*

Dans l'entretien 9, l'interne ne comptait pas d'autres médecins dans sa famille.

##### *Autres médecins dans la famille*

Dans l'entretien 2, l'interne rapportait qu'un médecin ORL de la famille n'avait pas pris en charge un membre de la famille pour une opération non grave et que l'anecdote était toujours restée dans la famille : « *son super papa ORL a jamais voulu l'opérer des amygdales [...] c'est un peu le sujet de plaisanterie dans la famille* ».

Dans l'entretien 4, un médecin généraliste avait été amené à s'impliquer dans la prise en charge médicale de membres de la famille : « *parce que mon oncle [...] est médecin généraliste... c'est lui qui a surtout été confronté au problème [...] il y a 10 ans, ma grand-mère,*

*donc sa belle-mère, est morte, en faisant un arrêt cardiaque chez lui tu vois, donc lui a vraiment été exposé* ». L'interne exprimait clairement qu'elle ne souhaitait pas suivre son exemple.

Dans l'entretien 5, il y a avait également un autre médecin dans la famille, qui n'était pas médecin traitant de ses proches mais les soignait quand même. L'interne sous-entendait qu'il s'agissait du mode de fonctionnement de la famille : les médecins soignent les non-médecins : *« j'ai l'image de ma tante, qui est pas le médecin traitant de ses enfants ni de ses petits-enfants, mais qui les voit quasiment tout le temps... j'ai aussi toujours eu cette image: t'es le médecin alors tu vas être... dans la famille c'est comme ça »*.

Dans l'entretien 6, plusieurs membres de la famille étaient médecins : *« mon grand-père est médecin, il est médecin psychiatre mais il est médecin quand même, mon père est médecin... il est devenu psychanalyste mais il est médecin quand même, et ma mère est médecin »*. L'interne expliquait qu'ils n'avaient pas l'habitude du recours entre eux : *« y'a une atmosphère comme ça, où y'a pas trop de, je suis pas très sollicité par la famille quoi »*, mais qu'ils s'informaient de leur santé de médecin à médecin : *« il les expose comme un médecin à un médecin [...] ils posent pas de vraies questions, ils exposent une situation, ils ont pas d'inquiétude, ils ont pas de demande particulière*». Il notait la difficulté à conseiller pour sa santé un membre de sa famille lui-même médecin : *« comme il est médecin, c'est compliqué de venir lui dire là ça va pas ou tu devrais faire ça »*.

Dans l'entretien 8, l'interne a été confronté à une maladie grave, de pronostic sombre chez un membre de sa famille lui-même médecin : *« il était médecin réanimateur [...] il était chef de service »*. Elle notait le traitement privilégié de son proche : *« il avait quand même l'œil du réanimateur qui était anormal, puisqu'il était pas réanimatoire [...] je pense que chef à chef il avait une prise en charge un petit peu, un peu privilégiée »*. Un autre membre de la famille était médecin mais éloigné géographiquement, l'interne expliquait que s'il avait été présent, il

aurait probablement pris sa place et ainsi l'interne serait resté en retrait : « *si mon père avait été là, et ma mère est médecin, s'ils avaient été là tous les deux, je pense que j'aurais pas joué ce rôle-là* ».

Dans l'entretien 10, un autre membre de la famille était médecin et s'impliquait dans la prise en charge des pathologies bénignes de la famille : « *c'est vrai que mon père a tendance à faire des ordonnances de premier abord assez facilement, c'est-à-dire que y'a une petite pharmacie à la maison* ».

### *Personnels soignants non médecins dans la famille*

Dans l'entretien 5, un membre de la famille était infirmier et impliqué dans les soins de la personne malade, ce qui venait renforcer l'attitude des médecins dans cette famille : « *ma mère [...] elle est infirmière [...] ma mère faisait les pansements ou moi on était toutes les 2, je faisais les ordonnances voilà* ».

Dans l'entretien 8, la femme de la personne malade était infirmière, elle a souhaité s'impliquer dans les soins mais en a été empêchée par l'interne : « *ma tante qui était infirmière voulait le soigner, là j'ai sorti tout le monde de la chambre, je les ai interdit de rentrer* » « *ma tante m'a dit je suis infirmière c'est mon boulot, j'ai dit non là c'est pas ton job, tu vas pas t'en remettre si tu fais ça, là t'es pas son infirmière t'es sa femme, tu t'en vas* ».

Dans l'entretien 9, le mari de la proche malade était infirmier anesthésiste, l'interne précisait que de ce fait, il avait des connaissances et des relations qui pouvaient être utiles dans la situation.

### *Personnels soignants dans l'entourage*

Dans l'entretien 8, la personne malade était elle-même médecin, et l'entourage était en partie constitué de soignants.

L'interne notait que les collègues et amis médecins avaient voulu être décisionnaires dans la prise en charge médicale : « *tous ses amis médecins de la clinique qui passaient le voir et il*

*y en a un, à un moment qui a dit mais attend on va le ponctionner », qu'elle s'y était opposée auprès du médecin soignant : « je suis allée voir le réanimateur de garde, je lui ai dit j'espère qu'il n'en est pas question, il m'a dit non il n'en est pas question », et qu'eux n'avaient pas besoin de plus d'informations médicales : « ses amis médecins ils m'ont pas demandé, ils sont pas venus me demander des explications ».*

L'interne rapportait également qu'un proche infirmier avait évoqué l'idée d'interférer dans la prescription médicale et qu'elle s'y était formellement opposée : *« tu te mêles pas de ça, y'a des médecins qui ont fait une prescription, moi j'interfère pas avec la prescription des médecins, alors toi je vois pas ce que tu viens faire là-dedans [...] je suis sa nièce, t'es son ami, donc chacun sa place ce soir » 8.*

## **2. Facteurs liés aux proches**

### **a. Facilité d'accès**

Plusieurs internes interrogés représentaient, pour leurs proches, un moyen d'accès aux soins plus facile, qui pouvait motiver les sollicitations.

Plusieurs internes ont aidé l'accès à l'information, comme dans l'entretien 4 parce que le proche était soigné dans l'établissement où travaillait l'interne. Dans l'entretien 5 l'interne expliquait qu'elle était disponible, de caractère : *« je réponds facilement aux questions des gens [...] je suis assez accessible en général ... spontanément j'étais comme ça [...] je suis comme ça »,* raison pour laquelle il était facile pour ses proches de la solliciter : *« j'ai tendance à vite, enfin, à m'occuper des gens et puis du coup forcément c'est un peu la bonne poire ».*

D'autres internes ont permis un accès facilité à la consultation médicale : *« la solution de facilité » 5.* En cas de consultation aux heures non ouvrées : *« ça m'est arrivé de la dépanner le samedi soir quand elle a 40 » 5,* ou quand le médecin traitant n'était pas disponible : *« si y'en a*

*un qui a mal à l'oreille, qui a pas son médecin sous la main, ça m'arrive assez souvent de, pour des petits trucs, l'angine, de faire office de généraliste » 5.*

Dans l'entretien 3, le proche a été favorisé, de façon indirecte. Lors d'une consultation classique aux urgences, le fait d'être le proche d'un interne lui a donné un accès plus facile aux examens : *« j'ai une copine interne aux urgences, qui en fait, a entendu son nom aux transmissions [...] elle est partie le voir... sa vie a changé à partir de ce moment-là, puisqu'il a eu l'écho-doppler un quart d'heure après ».*

#### **b. Avantages de la consultation informelle**

Une autre raison pouvant expliquer ce recours était évoquée dans l'entretien 10, la plus grande liberté de parler à un « médecin » dans un cadre informel : *« j'ai exploré mais sur le mode familial on va dire, pas en tant que médecin [...] y'a le mode formel quand on a la blouse, le médecin, tout ça, là c'était un mode un peu informel en plus c'était voilà dans une brasserie [...] je sentais que justement le fait que ce soit en mode informel elle avait plus, elle se sentait peut-être plus à l'aise de parler de ses problèmes »,* qui rend moins réels les problèmes de santé : *« si elle avait vraiment du aller voir le médecin traitant ou même un médecin à l'hôpital, sur le plan symbolique je pense que ça lui faisait peur quoi, elle avait peur de se retrouver face à ses vrais problèmes [...] la portée symbolique était moins dure à assumer »,* même si les problèmes de santé en question nécessitaient une véritable prise en charge : *« c'est un problème de santé trop grave pour être, voilà pris en charge comme ça sur un coin de table ».* Il évoquait un autre avantage de la consultation informelle, quand la question posée semblait ne pas justifier pas une consultation : *« pour à peu près toutes les personnes qui me posent des questions dans un cadre informel, c'est-à-dire que j'ai l'impression que dans certains cas ils ne sentent pas la nécessité absolue d'aller voir un médecin pour gérer ces problèmes-là ».*



### c. Demande d'informations médicales

Dans quasiment l'ensemble des entretiens, il est apparu que les internes sont souvent sollicités pour des informations, des explications, voire des conseils : *« t'as toujours soit des proches, de la famille, ou des amis qui te posent des questions sur certaines choses et qui rencontrent certains problèmes, qui se renseignent auprès de toi, qui te demandent des conseils »* 7 *« toujours des petites questions à droite à gauche mais des trucs gentils quoi »* 4.

#### *Demande directe du proche concerné*

Parfois les proches interrogeaient l'interne pour une information qui les intéressait directement. Les questions pouvaient concerner tous les domaines médicaux. Parfois des questions de prévention et dépistage : *« mon autre frère qui a 20 ans, il est venu me trouver pour savoir, il est complètement à la masse, pour savoir, pour comment est-ce qu'il pouvait faire un test de dépistage VIH, mais se renseigner quoi »* 6, des questions sur des pathologies bénignes : *« pour avoir des détails sur l'hygiène des pieds, sur comment faire l'hygiène des pieds, quels sont les meilleurs conseils »* 10, et ce, en général avant de consulter un médecin. Dans un cas (entretien 9), les questions concernaient une pathologie grave prise en charge en milieu hospitalier, où l'interne complétait les informations reçues des médecins soignants : *« elle comprenait pas les tenants et les aboutissants de chaque examen [...] donc moi là-dessus j'ai eu un rôle de, d'information-conseil [...] évidemment c'est expliqué en consultation mais c'est jamais facile de comprendre du premier coup donc là du coup ça lui a donné une deuxième couche pour comprendre »*. Ces compléments d'informations avaient été recherchés pour des domaines précis et spécialisés : *« la seule chose qu'elle m'ait demandé en terme d'explication sur les comptes rendus c'était le compte-rendu d'anapath [...] c'que j'expliquais, par exemple la radiothérapie, elle m'avait posé quelques questions sur la radiothérapie parce que j'étais passé en plus en stage de radiothérapie en D3 »*. Il précisait qu'il ne l'avait pas prise en charge : *« elle a pas spécialement cherché à me demander des informations, hors peut-être le fait de me demander quelques conseils. Elle a bien compris que je voulais pas et que il fallait pas que je la prenne en charge évidemment. Mais que je pouvais l'aider »*.

Dans l'entretien 10, l'interne évoquait la même demande d'informations, qui n'émanait pas de proches, mais de personnes rencontrées : « *une des premières questions qu'on va me poser pour rencontrer quelqu'un et pour faire connaissance c'est forcément, c'est le métier que fait l'autre [...] si les gens savent que je suis médecin, ils vont peut-être me poser 2-3 questions* ». Il expliquait qu'il répondait à ces demandes par politesse et par intérêt pour les questions posées : « *j'ai pas forcément envie de bosser quoi, quand je rencontre les gens comme ça je suis pas là pour bosser mais c'est vrai que, un peu par politesse et parfois par intérêt aussi parce que c'est des questions qui peuvent être intéressantes, je discute avec la personne en tant que médecin quoi* ».

#### *Demande de l'entourage du proche concerné*

Dans plusieurs entretiens, les internes ont été sollicités par l'entourage commun d'un proche malade pour des informations médicales.

L'un des internes expliquait ces demandes par le fait que la famille ne recevait pas l'information comme le malade (9). Dans l'entretien 5, l'interne identifiait deux raisons pour que les proches l'interrogent ; les questions qui se posaient dans un second temps : « *les explications à la famille, via l'hospitalier, qui a fait son boulot, mais bon toutes les questions secondaires qui sont arrivées derrière c'est moi qui les ai eu* » et les questions auxquelles le soignant n'avait pas répondu : « *je centralisais un peu toutes les infos et dès que en avait un qui avait une question, si l'hospitalier avait pas répondu c'était vers moi qu'on se tournait* ».

Les questions pouvaient porter sur une maladie : « *j'ai eu notamment sa fille au téléphone, qui était très inquiète, qui m'a appelé personnellement pour, pour avoir des renseignements* » 9, « *comme les autres copains autour savent que je suis en médecine, forcément ils te demandent* » 7.

Parfois la question concernait la situation particulière du proche malade.

Dans l'entretien 8, l'interne expliquait une situation médicale grave à plusieurs membres de la famille : « mon père m'appelle du Vietnam en me disant ça a pas l'air d'aller, apparemment sa chimio lui a fait du mal, il est déshydraté, il est confus, est-ce que tu peux essayer de faire le point » « j'ai expliqué à sa femme [...], et à son fils, je leur expliquais step by step l'état dans lequel il était », et l'évolution de cette situation : « au fur et à mesure je le tenais au courant de la situation ».

Dans l'entretien 5, l'interne était également amenée à expliquer des situations médicales graves à l'entourage commun : « pendant l'hospitalisation on me posait pas mal de questions [...] j'ai eu voilà, toutes les infos à gérer de mais c'est quoi ça ? Pourquoi la perf ? Pourquoi l'oxygène ? Et c'est quoi la coro ? Et c'est quoi les stents ? Et c'est quoi le pontage ? Et est-ce qu'il va mourir ? Voilà donc j'ai eu clairement des questions par quasiment tous les enfants, ils sont 5, de mais il va mourir ? »

Dans l'entretien 4, l'interne avait été interrogée sur des situations médicales particulières, et bénignes : « on me pose des questions, on me demande « qu'est-ce que t'en penses, j'ai plus assez de médicaments mais ça fait déjà 6 jours qu'elle est sous antibiotiques », « j'pense que ça suffit, tu peux arrêter » tu vois des choses comme ça ».

Dans d'autres entretiens, les internes rapportaient des demandes d'informations sur un type de situation, en général : « Simon a appelé plusieurs fois, c'était pas pour un truc en particulier, mais c'était pour savoir comment ça se passe dans ces cas-là [...] qu'est-ce qui se passe dans ces cas-là à l'hôpital [...] Dans quel état le cerveau de Jacques peut être, et comment ça va se produire quoi, comment ça va se passer tout ça... et ce qu'ils vont le maintenir en vie, qui va prendre la décision d'interrompre » 6, sur un domaine vaste : « il posait des questions sur le soin palliatif, après on discute » 4, voire plus larges, sur le fonctionnement : « on est venu me trouver, pour qu'on discute de la machinerie hospitalière » 6.

#### d. Traduction du langage médical

Plusieurs internes ont rapporté qu'un de leurs rôles auprès de leurs proches avait été de leur traduire le langage médical : « *j'ai servi d'interprète* » 5 « *ils avaient besoin beaucoup qu'on leur traduise le langage hospitalier [...] ça veut dire* » 5 et que leurs proches avaient bien identifié cet avantage de l'interne : « *toi tu comprends ce qu'il va me dire et tu pourras me dire* » 5.

#### e. Besoin d'être rassuré

Pour de nombreux internes, leurs proches demandaient à être rassurés.

Parfois, il semblait que ça avait été leur principal rôle : « *je les ai rassurés eux plus qu'autre chose...* » 5 « *j pense que quelque part j'ai été utile pour rassurer un peu même si j'ai pas eu un rôle vraiment médical, j'ai eu un rôle plus de consultant et un rôle d'explication* » 9 « *c'était pour se rassurer quoi* » 6 « *il veut simplement vérifier que sa logique est bien aussi celle d'un médecin. Y'a un côté rassurant et souvent ça marche* » 9.

Dans certains cas, l'interne rassurait directement son proche malade : « *il me demandait beaucoup de venir le voir à l'hôpital pour le rassurer, pour lui dire non mais ça c'est normal, cette perf c'est normal* » 5, en confirmant la prise en charge des médecins soignants : « *pour un peu confirmer ce que disaient les hospitaliers alors qu'ils étaient 10 fois plus calés que moi, mais ça le rassurait* » 5.

Dans d'autres cas, l'interne était amené à rassurer l'entourage commun : « *j'essayais d'avoir le discours le plus rassurant possible [...] surtout de pouvoir rassurer la famille. Parce qu'ils étaient très inquiets* » 8 « *inquiétudes qui s'installent de manière assez intense, y compris chez la fille d'ailleurs qui était très inquiète* » 9.

Dans l'entretien 9, l'interne expliquait que beaucoup d'inquiétudes étaient liées à l'incompréhension de la situation : « *beaucoup d'inquiétudes liées à la méconnaissance de la maladie, de la maladie générale à la fois, et de l'interprétation de ce qui avait été dit* ». Ce sont alors

les explications médicales qui lui ont permis de rassurer : « *par contre le simple fait de mettre les choses à plat a un côté rassurant en ça qu'il exclut l'inconnu* », ainsi que la prise en charge : « *y'a eu un effet très calmant de la prise en charge [...] une fois que le traitement est commencé, je sais pas, ça a beaucoup rassuré les gens* ».

Le rôle rassurant de l'interne auprès de ses proches pouvait être mis en rapport avec la confiance que les proches ont en lui : « *mon beau-père avait très confiance en moi [...] il voulait que ce soit moi parce qu'il me disait [...] tu verras avec ton regard de médecin si c'est bien ce qu'il fait quoi* » 5.

### 3. Facteurs liés à la situation médicale

#### Gravité de la situation

Pour deux internes, le positionnement dépendait en partie de la gravité de la pathologie suspectée : « *j'pense qu'en fonction de la gravité de la pathologie qu'on suspecte on va prendre ou pas la responsabilité de le faire dans le cadre privé* » 10.

L'un d'eux évoquait la bobologie, qui pour lui pouvait être prise en charge par l'interne-proche : « *tout ce qui est bobologie ça peut rester dans le cadre familial* » 10.

Tous deux évoquaient les pathologies graves comme situations compliquées : « *dès qu'on estime que ça peut dépasser un certain stade il vaut mieux proposer d'aller voir le médecin* » 10 pour l'un des internes il était plus difficile de refuser de s'impliquer dans ce cas: « *les trucs graves c'est beaucoup plus difficile à refuser et à gérer* » 5. Deux autres internes expliquaient qu'il était difficile de s'impliquer dans la prise en charge d'une maladie grave : « *c'est un cancer ORL quand même assez rare, cancer de la langue donc ça reste assez spécifique* » 9 ou potentiellement grave : « *il y avait le suivi, c'était quand même un diagnostic bon voilà ... il y avait un traitement lourd derrière, c'était pas la rhinopharyngite* » 3.

### III. Caractéristiques du patient-proche

#### 1. Les proches

Dans plusieurs entretiens, les internes donnaient une importance aux caractéristiques du proche concerné, comme influant sur le comportement qu'ils avaient adopté.

##### a. Profils de patients

On retrouvait dans plusieurs entretiens la présence de proches **hypocondriaques** : « celui qui me montre ses comptes rendus et ses examens, c'est mon père, mais qui n'a rien [...]très très demandeur [...] j'essaye de prendre au sérieux ce qu'il me dit, même si voilà» **2** « il aime pas les médicaments donc avant de les prendre il pose 15 fois la question [...]souvent il a fait des douleurs, des trucs, et puis ça passait, il faisait toutes les urgences du coin, et puis on trouvait rien, et puis un beau jour il avait plus mal et puis c'était passé» **5**. Les internes ayant été confrontés à ce type de patients parmi leurs proches se sont montrés compréhensifs : « je comprends qu'il soit angoissé » **2** et ont pris le temps de les rassurer : « il a des coups d'angoisse, il va voir un peu les spécialistes, puis après il m'en parle, il a besoin que je donne un peu l'aval, que je lui dise ce que j'en pense [...] je passe du temps à expliquer » **2**. Face à ce type de patients, un des internes disait se sentir utilisé (**2**).

Une interne disait avoir été confrontée à un proche qui se comportait comme un **mauvais patient** : « il a jamais eu de médecin traitant c'est vraiment le pire patient en fait [...] il avait du mal à faire le bon jour la prise de sang [...] là il a eu encore le suivi, il a arrêté, il a repris etc. » **3**.

Dans l'entretien **2**, l'interne parlait d'un proche particulièrement **pudique**, expliqué par le fait qu'il ne veut pas déranger son entourage : « elle veut pas beaucoup communiquer[ ...] elle invoque le fait qu'elle veut pas qu'on se fasse du souci pour elle [...] qu'on s'inquiète de trop et que

*ça nous perturbe dans nos vies* ». Il expliquait son ressenti à la découverte d'une pathologie dont la prise en charge était déjà avancée : « *elle voulait sûrement vraiment bien distinguer [...] ses problèmes de santé, sa vie de famille [...] c'était difficile pour moi d'accepter... qu'elle fasse vraiment complètement l'impasse sur l'information [...] moi en plus du fait que j'étais en médecine* ». Il expliquait sa difficulté à accepter cette attitude ; son désir de la respecter qui s'opposait à son envie de savoir : « *j'ai envie de respecter qu'elle veuille pas m'en parler mais en même temps... je veux être un peu au courant quoi [...] je trouve ça difficile pour moi... qu'elle se fasse opérer et que je sois au courant 6 mois après... [...] c'est par le hasard, que j'ai appris [...] elle voyait un spécialiste [...] j'ai, posé des questions, et puis on tombe un peu des nues* ». Il expliquait comment il essayait de s'informer en respectant le souhait de son proche : « *quand il y a eu un peu de recul... elle a accepté d'en parler un peu plus mais elle reste très pudique [...] C'est pas elle qui va faire la démarche de m'en parler [...] j'essaye de lui poser la question, et puis de faire un peu des recoupements, poser aussi la question à mon père, et à ma sœur et puis à elle [...] pour ma mère y'a une vraie fragilité, y'a une vraie pudeur... j'ai pas envie de la trahir* ».

Une interne expliquait que l'un de ses proches n'avait **pas confiance en la médecine scientifique** : « *ma mère n'a pas confiance en la médecine moderne [...] de toute façon, l'allopathie ça marche pas donc du coup elle fait homéopathie..* » **4**. Elle lui demandait tout de même des conseils, mais sans l'intention de les suivre : « *du coup on te demande conseil, mais on dit de toutes façons ça marche pas ce que tu fais donc...* » **4**.

## **b. Caractéristiques démographiques**

Parfois les proches étaient **éloignés géographiquement**, ce qui influait sur une éventuelle implication : « *je pense que peut-être que si ça avait été plus près je serai directement allée voir au moment de l'hospitalisation* » **7** « *c'est pas facile en terme de, d'information parce que c'est une tante qui habite à la Réunion, donc on se voit pas tous les 4 matins non plus* » **9**.

A deux reprises était souligné le fait que les parents peuvent être concernés, qu'il s'agissait alors de **personnes âgées** chez qui on peut craindre plus de maladies : « *mes parents sont âgés, ils voient des amis autour d'eux qui tombent malades* » **2** « *ils sont plus vieux pour commencer donc plus vieux = plus de risques [...] On est plus attentif* » **1**.

Plusieurs internes abordaient le cas particulier des **collègues** : « *t'es dans le milieu du travail donc tu peux pas vraiment dire non mais tu peux pas vraiment dire oui [...] t'es un peu contraint* » **1** « *y a toujours un aide-soignant ou une infirmière qui nous traque avec une ordonnance pour qu'on lui fasse un examen pour sa belle-sœur qui a demandé je sais pas quoi* » **9**.

Certains avaient leur entourage constitué de beaucoup de **couples jeunes** : « *autour de moi beaucoup de gens commencent à avoir des enfants [...] on me demande beaucoup... de conseils de pédiatrie [...] plus que des problèmes de santé ou des maladies* » **2**.

Dans un entretien, l'interne évoquait son positionnement face à des **personnes tout juste rencontrées** : « *quand je dis que je suis étudiant en médecine, ben forcément la personne en face, c'est pas systématique mais souvent heu elle va me poser des questions personnelles, des questions de santé quoi* » **10**.

## 2. L'entourage commun

Les internes concernés disaient avoir eu un rôle particulier pour l'entourage commun avec le proche malade.

La gestion de l'entourage commun avait été un élément compliqué dans la maladie des proches de certains internes : « *ça a été surtout ça qui a été difficile pour moi en fait, la gestion des proches autour* » **7** « *c'était dur c'était de soutenir les autres* » **8**.

Dans un cas l'interne avait eu un rôle d'intermédiaire entre l'équipe médicale et l'entourage du patient : « *immédiatement j'ai été positionné comme l'interlocuteur, mais je le*



*voulais parce qu'il fallait absolument que j'informe mon père qui était à l'autre bout du monde » 8.*

Elle avait également participé au soutien psychologique des proches du malade : *« moi j'étais là comme psychologue à la sortie de la chambre [...] je faisais le soutien psychologique de l'entourage [...] j'ai récupéré la famille à la petite cuillère ».*

Dans un autre cas l'interne pensait avoir aidé son proche malade dans la gestion de l'annonce de la maladie grave à l'entourage : *« je l'ai peut-être un peu aidé dans la mesure où j'ai ptet recadré un peu les gens de la famille... Leur dire voilà, arrêtez de sur-interpréter tout ce qu'on vous dit » 9.*

Dans l'entretien 7, l'interne racontait qu'une partie de l'entourage du proche malade ignorait sa qualité d'interne : *« sa sœur je suis pas sure qu'elle sache que je suis interne »,* et donc ses capacités à les accompagner : *« pourtant y'a des questions, qui se posent et que tout le monde se pose, et que toi tu sais que tu pourrais avoir la réponse ».* Elle se posait la question de se présenter afin de pouvoir les accompagner avec ses compétences : *« je sais pas si je dois dire voilà je suis interne, je peux vous expliquer, dites-moi ce qu'il en est, je vais vous traduire en langage normal c'qui se passe. Et je me suis pas sentie de le faire au début, et maintenant je sais pas spécialement si je dois le faire ».*

Dans l'entretien 2, l'interne parlait des situations créées entre deux de ses proches, dont le rapport à la santé était très différent : *« des fois d'ailleurs ma mère se moque un peu de lui... elle trouve qu'il multiplie un peu trop les avis [...] par rapport à ma mère aussi, parce qu'elle est un peu dure je trouve des fois avec lui ».* Face à ça, du fait de son statut d'interne, il évitait de soutenir l'un, afin d'éviter des reproches à l'autre : *« si j'avais commencé à dire oui ben tu te fais avoir, il te redemande trop souvent de venir te voir [...] ça aurait donné du grain à moudre à ma mère qui l'aurait embêté là-dessus... donc j'ai rien dit, j'ai préféré rien dire [...] ma mère aurait [...] tu vois tu te fais avoir, ils profitent de toi, parce que t'es trop inquiet [...] j'ai pensé qu'il avait pas besoin*

*d'entendre ça, parce que déjà il est déjà suffisamment angoissé comme ça j'ai pas besoin d'en rajouter une couche ».*

### **3. Caractéristiques des demandes et adaptation du discours**

Les demandes d'informations, par les proches malades ou leur entourage, pouvaient prendre plusieurs formes, selon les situations et les caractères des proches. En face, les internes répondaient de plusieurs façons, selon leurs caractères également.

Dans l'entretien 3, la demande venait du proche malade, qui était en situation de détresse : *« il est dans la demande [...] t'es médecin, dis-moi ce qu'il faut faire, donne-moi un médicament, fais quelque chose [...] il était dans la plainte, dans la douleur, il comprenait pas ce qui lui arrivait ».*

Certains proches, en général l'entourage, étaient parfois demandeurs d'informations en pagaille : *« la famille par contre a été très, même trop demandeuse d'informations précises » 9* *« ah les autres membres de la famille par contre ont été très inquisiteurs, un peu trop » 9* *« c'était pas du tout structuré [...] j'ai eu les questions hyper documentées d'internet... donc la gestion de toutes les questions » 5*, et sans limites : *« je suis pas spécialiste [...] ça les a pas du tout freiné » 5*. Dans l'entretien 5, le proche malade lui-même était dans la demande.

Les demandes concernaient parfois des informations sensibles comme le pronostic : *« tout le monde me demandait mais est-ce qu'il souffre, comment ça va se passer, combien de temps ça va durer » 8* *« elle par contre, les questions pronostic étaient clairement là, les questions diagnostic, bon. Donc évidemment je voulais pas, surtout pas faire, annoncer de choses peut-être que ma tante n'était même pas au courant » 9* et pouvaient dépasser les capacités des internes à informer, quand ils n'avaient eux-mêmes pas les éléments ou devaient garder le secret : *« la famille demande évidemment des pronostics alors que en l'absence de diagnostic complet et même pour des raisons de confidentialité on peut pas en donner » 9*.

Dans deux entretiens les internes trouvaient ces demandes normales : « ça m'a pas pesé parce que de toutes façons c'est des questions que moi je m'étais posées, c'est normal qu'ils se les posent aussi, simplement évidemment j'avais beaucoup plus d'éléments de réponse qu'eux » 9, les acceptaient et se tenaient disponibles pour répondre : « tant que j'étais là et que je sentais que je pouvais répondre à des questions [...] à chaque nouvelle visite j'ai réexpliqué la situation » 8.

Plusieurs internes expliquaient qu'ils avaient dû adapter leur discours à la personne qui leur posait des questions, car tous les proches n'envisageaient pas la situation sous le même angle : « chacun avait leur avancée [...] chacun a accepté la maladie différemment et donc du coup chacun avait leurs questions pas du tout orientées de la même façon [...] ça passait de la question très vaste à la question hyper pointue » 5. Ils expliquaient que certains proches avaient des questions précises : « il était exigeant pour sa curiosité spontanée tu vois, naturellement il avait vraiment envie de savoir, il posait vraiment des questions poussées » 6, quand d'autres personnes attendaient des réponses plus vagues : « tu peux leur dire n'importe quoi [...] eux ils sont pas exigeants » 6 « j'ai aussi des amis qui sont pas trop exigeants, enfin qui ont pas des questions, enfin trop complexes » 6.

## IV. Positions adoptées par les internes face à la maladie de leurs proches

### 1. Garder sa place de proche

Dans les diverses expériences vécues, deux internes ont choisi de ne pas se positionner comme soignant, mais de garder leur position de proche : « *je suis pas étudiante en médecine, je suis sa petite fille quoi* » **4** « *je suis là en tant qu'amie point barre [...] je suis là son amie et j'interviens pas dans sa prise en charge [...] tu te positionnes en tant que non-soignant* » **7**.

L'une d'elles expliquait qu'elle s'était positionnée en retrait pour favoriser sa place de familial : « *je me suis mise un peu à l'écart mais j'étais en tant que petite-fille, et pas en tant qu'étudiante, ou interne en médecine* » **4**.

Dans l'entretien **7**, l'interne racontait que la pathologie n'avait pas été évoquée directement avec son proche : « *on parle très peu de la maladie. J'ai jamais été, enfin on a jamais parlé du diagnostic, on a jamais remis en question qu'il est malade, qu'il a ça, on a jamais parlé avec lui directement de la maladie, mais après on a parlé des traitements par exemple* ». Elle s'était présentée comme proche à l'équipe soignante et à la famille de son proche, car elle estimait ne rien pouvoir apporter de plus : « *je me suis pas présentée en tant que médecin, par rapport à cette équipe [...] il était pris en charge comme il faut, par une équipe, donc j'ai pas voulu intervenir directement quoi, enfin je voyais pas qu'est-ce que je pouvais apporter de plus* ». Elle ne s'était pas mise en retrait, mais elle précisait que ne pas se positionner comme interne lui permettait de garder avec son proche malade le même type de relation que le reste de l'entourage commun : « *au début j'ai pas cherché spécialement, pour pas créer de différence entre moi et les autres* ». Elle expliquait qu'elle s'efforçait de garder ce positionnement : « *j'essaye vraiment de me préserver du côté mé..., enfin de ne pas me placer en tant que médecin* ».

## 2. Ne pas soigner

Deux internes expliquaient qu'ils ne demandaient pas d'informations médicales à leurs proches : « *je pose pas trop de questions. Oui et je cherche pas trop à savoir* » 6 « *j'ai d'ailleurs pas eu les résultats et je les ai pas demandé, s'il a pas voulu me les dire...* » 9. Même s'ils souhaitaient savoir : « *elle avait pas encore le résultat quand elle est partie, moi je l'ai pas non plus et j'y repense souvent et je me dis je peux pas non plus aller, l'appeler et la forcer à me donner le résultat* » 9. Et malgré le fait que la personne en face puisse s'attendre à être interrogée : « *je considère que si les gens le disent pas, alors c'est à double tranchants parce que peut-être qu'ils s'attendent à ce que je leur demande, c'est possible. Mais ça dépend un peu du profil de gens et de mon attente* » 9. Dans l'entretien 7, l'interne disait ne pas interroger pour ne pas être intrusive, mais aussi pour se protéger de ce qu'elle pourrait apprendre : « *Peut-être de manière égoïste pour me protéger un petit peu je pense, pour pas être intrusive* ». Une interne précisait ne pas avoir accompagné son proche aux urgences pour une pathologie dont elle était persuadée du diagnostic : « *il est allé aux urgences... je l'ai pas accompagné* » 3.

Plusieurs internes avaient choisi dans leurs expériences vécues de ne pas se positionner comme soignant. L'un d'eux expliquait qu'il a fait comprendre à ses proches qu'il ne le ferait pas : « *je le fais sentir que je n'ai pas envie de m'impliquer plus que ça [...] c'est aussi un choix...* » 4. Un autre leur a clairement dit : « *j'ai déjà, d'ores et déjà dit à tous mes proches, enfin mes amis, qui m'ont toujours demandé ah, quand est-ce que tu seras médecin traitant, je leur ai déjà expliqué que moi je parlais du principe que les gens qui étaient trop proches de moi je refusais d'être leur médecin traitant* » 10. Une autre interne avait également explicitement demandé à ses proches d'avoir un médecin traitant : « *j'ai toujours mis la barrière en leur disant il vous faut un médecin traitant* » 5.

Plusieurs internes interrogés n'avaient pas été le soignant de leurs proches et pensaient que ce n'était pas leur rôle : « *je crois que c'est aussi entendu que on soigne pas ses proches..* » **6** « *j'ai absolument pas fait de clinique ni rien et c'était évidemment hors de question* » **9**.

Certains tempéraient, disant ne pas vouloir être soignant mais accepter de conseiller : « *donner des conseils çà, ça me dérange pas mais soigner à proprement parler ...* » **3**.

Certains expliquaient leurs choix : « *je trouve que c'est difficile d'être vraiment médecin traitant pour les bobos de tous les jours et de pas passer à côté de trucs graves* » **5**. Une interne avait déjà été positionnée comme médecin traitant de son proche en fin de vie et disait ne pas vouloir recommencer, mais finalement disait qu'elle pourrait l'envisager pour sa mère : « *en aucun cas j'aurais envie de les gérer en fin de vie, je l'ai fait pour mon grand-père et ça a été, je le regrette pas du tout, mais enfin, si besoin je le ferais peut-être pour ma mère* » **5**.

Une des internes qui a été dans une situation dans laquelle un proche la sollicitait pour des soins, expliquait avoir cherché toutes les autres alternatives pour ne pas le prendre en charge elle-même : « *j'avais pensé à d'autres alternatives, ben écoute soit tu veux pas te déplacer tu veux pas bouger à ce moment-là on appelle un médecin de SOS-Médecins enfin voilà puis il te dira ce que lui pense, soit tu vas directement aux urgences* » **3**.

### **3. Surveiller et s'informer**

Plusieurs internes ont expliqué rester en retrait par rapport aux problèmes de santé de leurs proches, mais garder un œil et surveiller leur prise en charge : « *ils sont bien pris en charge, c'est pas moi qui joue leur rôle de médecin, mais j'ai toujours un œil dessus tu vois [...]* je garde un œil » **2** « *je me tenais au courant [...] Indirectement mais je jetais quand même un œil sur les bilans* » **7**. L'un d'eux disait accepter d'être informé, mais ne pas vouloir soigner : « *j'ai assez envie de savoir souvent, par contre c'est pas mon rôle de traiter, j'ai pas envie de rentrer là-dedans* » **6**.

Parfois l'interne allait plus loin dans la surveillance : « *je surveille ...ils sont pas capables de se surveiller j'y vais* » **1**, et disait demander à leurs proches où ils en étaient : « *sachant qu'ils ne disent jamais rien je suis obligée de chercher la petite bête* » **1** « *tu vas poser des questions [...] ils me filent leurs analyses* »**1**.

Quand l'interne se renseignait sur la santé de son proche, il pouvait le faire directement : « *fallait reprendre à zéro, aller chercher l'information à la source, le dire à l'intéressée* » **9** « *je lui ai dit finalement est-ce que t'es allé le voir, enfin finalement est-ce que t'as acheté les médicaments ? [...] il a fini par me dire, après un questionnement c'est lui qui m'a dit* » **10**.

Dans deux cas, c'est le proche malade qui tenait l'interne informé : « *de temps en temps j'étais au courant de l'avancée de sa radiothérapie, radio-chimiothérapie, mais sans plus* » **9** « *ensuite elle m'a dit qu'elle était allée voir le dermato, et elle m'a dit ce qu'il lui avait prescrit [...] et puis elle a fini par me dire d'elle-même que son problème, que ça allait beaucoup mieux en fait* » **10**.

Dans un autre entretien, l'interne s'informait rarement directement auprès de son proche malade : « *j'ai eu des informations, enfin je lui ai posé certaines questions à lui, pour essayer de trouver des réponses* » **7**, mais s'informait principalement auprès de son entourage : « *je posais des fois des questions un peu orientées à la personne qui était la plus proche* » **7**.

#### **4. Dépister**

Dans l'entretien **10**, l'interne évoquait son rôle dans le dépistage auprès de ses proches.

Il expliquait que sa formation médicale lui avait donné les compétences pour dépister des problèmes de santé : « *J pense qu'en tant que médecin, on est conscient de certaines choses que d'autres personnes, que les profanes ne détecteraient pas du premier coup d'œil quoi* ». Il utilisait ces compétences, quand ça lui semblait important : « *je trouvais que c'était quand même assez grave pour intervenir et pour vraiment faire quelque chose* ». Avec ses proches : « *j'ai été le seul un peu à*

*dire il faut intervenir quoi il faut faire quelque chose donc j'ai fini par aller lui en parler, alors qu'il m'avait rien demandé »,* comme avec des personnes qu'il venait de rencontrer : *« je considère que si je détecte chez quelqu'un, que ce soit un proche ou même quelqu'un que je rencontre, avec qui je discute quelques minutes, si je détecte quelque chose qui peut être traité, j'trouve que c'est de la non-assistance ... c'est un défaut, c'est une perte de chance pour la personne si je lui donne pas le conseil ».*

## **5. Soigner**

Dans tous les entretiens les internes ont évoqué le positionnement comme médecin envers un de leurs proches.

### **a. L'interne, médecin aux yeux des proches ?**

Dans deux entretiens, les internes disaient que pour les proches, une fois que l'étudiant était interne, il était considéré comme médecin à part entière : *« maintenant, je suis en fin d'internat, donc on est médecin quoi point »* **3**.

Dans l'entretien **1**, l'interne précisait qu'elle se considérait comme un *« jeune docteur »*, et disait que ses proches étaient bien conscients de ça : *« je suis un futur médecin généraliste ... ils savent très bien [...] ils sont bien au courant des études ».*

Dans l'entretien **10**, l'interne expliquait qu'il avait été amené à conseiller deux de ses proches chez lesquels il présentait qu'ils ne le voyaient pas comme un médecin : *« même si elle me demandait conseil [...] elle avait du mal quand même à me considérer comme un médecin à part entière, je suis quand même son grand-frère [...] mon meilleur ami il arrivait pas du tout à me voir comme un médecin en fait ».* Il l'expliquait par le fait que ses proches le voyaient toujours dans son rôle de proche : *« le statut de médecin c'est quelque chose qui se construit et si les autres nous considèrent comme un proche, un familial, c'est pas évident qu'il nous considèrent comme un médecin ».* Par contre lui ne rencontrait pas de difficultés à se mettre dans la peau du médecin quand ses proches le sollicitaient comme tel : *« moi j'arrivais à passer dans le rôle du médecin, à*



*changer de casquette* ». Il précisait quand même qu'il se voyait pour ses proches non pas médecin soignant mais médecin conseil : « *si t'as un problème vraiment très grave c'est pas que je me positionnerais en tant que médecin, mais je me positionnerais en tant que médecin expert qui doit les conseiller* ».

### **b. La consultation informelle**

Revenait souvent le problème de la consultation informelle, qui ne donne pas les bases de la relation médecin-patient : « *on rentre pas dans un cadre, dans le sens ou voilà la relation médecin patient ça se fait au cabinet* » **3**. La consultation qui n'avait pas lieu à un endroit ni à un moment adapté : « *je les vois entre 2, ils passent à la maison 5 minutes* » **5** « *au moment de un repas de famille ou entre deux portes* » **7**, « *ça s'est passé chez moi* » **10**. Autre exemple de consultation informelle, la consultation téléphonique, parfois en rapport avec l'éloignement géographique : « *ma sœur habite pas du tout à Paris donc c'est vraiment par téléphone* » **3**. Les internes avaient conscience des limites de ce type de consultation : « *c'est pas de la bonne médecine, et c'est le meilleur moyen pour passer à côté de quelque chose* » **5** et désiraient aller vers une consultation formelle : « *dans ce cas-là je te vois en tant que patient dans un cabinet médical* » **7**, « *recréer l'atmosphère d'une consultation* » **7**.

### **c. L'interrogatoire**

Les limites de l'interrogatoire du proche étaient évoquées. Par respect de l'intimité : « *il y a des choses qu'il faut rester intimes, donc on en parle pas* » **1**, le choix était de ne pas entrer dans les détails, mais juste de débrouiller l'urgence : « *il y a une espèce de mesure, c'est-à-dire, c'est un faux interrogatoire quoi, c'est un interrogatoire qui, enfin une moitié d'interrogatoire, qui va simplement s'assurer que y'a pas d'urgence* » **6**.

Le fait que l'interne connaisse son proche pouvait lui donner l'impression qu'il connaissait déjà le contenu de l'interrogatoire : « *je me suis pas posé la question si elle avait d'autres facteurs de risque, d'autres problèmes de santé en particulier, disons que voilà, j'estimais*

*connaître déjà assez bien ses problèmes de santé habituels » 10. Ce point pouvait être vu comme un avantage par les proches : « j'irai pas voir mon médecin traitant parce que j'ai pas envie de lui raconter ça, et j'ai pas envie d'avoir l'air de demander un arrêt maladie, mais toi qui sais ce qui se passe » 7.*

Une des internes évoquait le secret médical dans l'interrogatoire, en précisant qu'il était à respecter, comme pour tout autre patient : « de toute façon y'a le secret médical donc tu t'empêches de le dire à quelqu'un d'autre » 1.

#### **d. L'examen clinique**

Beaucoup d'internes rapportaient ne pas avoir de difficultés pour un examen clinique ciblé, d'une région limitée, facilement accessible, et non perçue comme intime : « pour regarder des boutons, ou alors une douleur à l'oreille enfin c'est vraiment très ciblé en fait » 3 « soit c'est une babiole bon voilà je regarde la gorge, je regarde l'oreille et basta » 5 « je l'ai pas examiné complètement non plus, mais j'ai examiné la région » 10. Le but étant d'éliminer l'urgence ou la gravité : « le check-up minimal on va dire pour essayer d'être sûr qu'il y a rien d'autre quoi, pas de problèmes annexes » 10.

Cet examen ciblé était opposé à l'examen clinique complet réalisé habituellement chez les patients standards. Certains internes pensaient que cet examen complet n'avait pas lieu d'être : « bon, une angine, une gorge, une cheville...mais c'est pas l'examen physique complet en petite tenue, c'est pas notre rôle » 9. D'autres pensaient que l'examen clinique complet permettait d'assurer que la prise en charge de son proche serait identique à celle d'un autre patient : « recherche de fécalome je l'ai fait, enfin comme j'aurais fait avec n'importe quel patient en me disant ok voilà, t'assumes, entre guillemets t'as voulu le faire, tu le fais jusqu'au bout et pas à moitié quoi » 5 « si je mets le pied dans la prise en charge à ce moment-là je les examine, enfin je les prends en charge comme mes autres patients » 7 « les examiner comme les autres patients, ça permettait en fait de, toi de recentrer et de te reconcentrer sur le problème » 7 « si vraiment c'est un

*truc important et que je le fais je vais le faire en entier, soit je le fais pas , soit je le fais, et si je le fais, je vais tout regarder quoi » 5 « je te réponds à condition que je t'examine, entièrement comme un autre patient quoi » 7. Beaucoup reconnaissent la difficulté à réaliser cet examen complet : « toute la semaine je me suis dit aïe aïe aïe et ça va être dur à gérer le fait de lui dire de se déshabiller » 7, en particulier pour les domaines de l'intimité : « tu vas pas examiner heu les organes génitaux externes » 1.*

La question du lieu de l'examen était évoquée, et rappelait les difficultés pratiques liées à la consultation informelle, ne permettant pas un examen clinique de qualité : « j'ai pas fait d'examen complet, enfin pas aussi bon que si j'étais dans un hôpital ou dans un, dans mon cabinet » 10. De la même façon, l'absence du matériel ne permettait pas l'examen : « j'avais pas l'otoscope. J'avais pas le stéthoscope. Ah je peux pas, j'ai pas ! » 4.

#### **e. Le soignant référent**

Dans l'entretien 5, l'interne s'était positionnée comme médecin traitant de son proche, dans une situation de fin de vie : « la gestion de fin de vie sur les décisions d'hospitalisation à la fin », mais avait travaillé en équipe avec les médecins hospitaliers : « je l'ai géré en me disant bon de toutes façons c'est une fin de vie, on était tous d'accord pour dire qu'on faisait pas grand-chose [...] je leur avais dit que là il me fallait l'aide des palliatifs, parce que je voulais bien gérer mais je voulais pas être toute seule ».

#### **f. Le soin**

Certains internes étaient amenés à participer aux soins d'un de leurs proches, soit dans un contexte d'urgence : « il fait une hématomèse il faut venir nous aider, j'ai mis des gants et j'ai pris un haricot » 8, soit en dépannage : « le week-end quand il y avait pas l'aide-ménagère je lui faisais la toilette » 5 « il était en galère d'une infirmière pour une injection d'E.P.O. ou je sais plus trop quoi, et je lui avais dit si tu veux je peux te la faire voilà » 7 « bon OK et je vais quand même te

*faire tes injections [...] C'était aussi pour le dépanner, pour, bah voilà trouver une infirmière, c'était compliqué quand même, bon ben la ça va je peux le faire » 3.*

#### **g. Les ordonnances**

L'interne n'ayant pas d'ordonnancier propre, plusieurs d'entre eux expliquaient qu'ils utilisaient les ordonnances de leurs lieux de stage : *« chez moi j'ai toujours quand même des ordonnances tamponnées de l'hôpital » 3 « sur le lieu de travail on a accès à des ordonnances » 10.* Mais avaient le sentiment qu'ils ne le faisaient pas en toute légitimité : *« j'ai l'impression de voler une ordonnance » 1.* De plus l'intitulé du service d'où venait l'ordonnance pouvait ne pas correspondre à son utilisation : *« zut mais ya marqué pédiatrie...mais t'es plus trop un bébé hein, donc bon, ça marche pas » 1.*

#### **h. Les prescriptions**

Pour les prescriptions de médicaments, il apparaissait clairement que tous les internes interrogés se limitaient à des médicaments « simples », des renouvellements : *« j'ai pas mal reconduit sa pilule et son traitement pour les migraines » 1,* des pilule très fréquemment : *« pour dépanner une pilule à une amie » 6,* des traitements symptomatiques à visée ORL : *« les trucs de la rhinopharyngite, des pschittpschitt pour le nez enfin des sprays pour le nez » 1* ou digestive : *« ça peut m'arriver de faire des ordonnances de traitement contre la gastro par exemple » 7,* des antihistaminiques : *« des antihistaminiques, voilà vraiment des petites choses » 3,* et des ordonnances de voyage : *« je lui avais fait l'ordonnance de départ en voyage » 7.* Ces ordonnances étaient destinées à des personnes intimes le plus souvent : *« les ordonnances que j'avais, je les faisais soit pour moi, soit effectivement pour mes proches donc mon copain, ou mon frère, voilà, mais en dehors de ce cadre-là, ça allait pas plus loin de toute façon » 3.*

Plusieurs internes soulignaient le fait qu'ils préféraient ne pas prescrire de médicaments à leurs proches : *« délivrer une ordonnance, enfin ça me dérange un petit peu » 3,* car cela sous-entendait un encadrement médical : *« les gens se rendent pas compte que derrière*

*une ordonnance y'a un but, une recherche et, et un examen à faire » 9 et une prise en charge complète : « pas faire d'ordonnance sans examiner et pour pas, pour essayer de les prendre le mieux possible en charge » 7.*

Donc ils le faisaient en général pour dépanner : *« OK je vais te prescrire... vraiment pour dépanner » 3* et pour des médicaments simples : *« enfin des choses assez évidentes, des choses qui n'impliquaient ni examen clinique, ni suite de prise en charge » 9.*

Par contre à deux reprises avait été évoquée la prescription de morphine avec l'idée forte qu'on ne peut pas prescrire soi-même ou intervenir dans la prescription de morphine pour un de ses proches, et qu'il faut alors laisser le médecin soignant faire les prescriptions : *« il est pas question que t'interfères dans la prescription de morphine » 8.*

Une autre motivation de prescription était évoquée dans un des entretiens, la prescription symbolique, pour rendre réel un problème de santé : *« la portée symbolique de l'ordonnance pour moi voilà ça rendait réelle sa maladie » 10* et pousser le proche à consulter : *« comme je voyais qu'il allait pas aller voir son médecin, je lui ai fait une ordonnance [...] pour qu'il comprenne que il faut quand même traiter son truc quoi [...] je pense que le fait d'avoir fait une ordonnance ça l'a ptet un petit plus motivé à aller voir son médecin » 10.*

Un autre type d'ordonnance était l'ordonnance « mieux que rien », dans le cas particulier de personnes rencontrées qui ne semblaient pas avoir l'intention de consulter pour leur problème de santé : *« Je lui ai prescrit les vitamines, la vitaminothérapie, je lui ai dit au pire, enfin je me suis dit au pire si elle va pas voir son médecin, au moins elle prendra les vitamines » 10.*

La prescription d'examens complémentaires était aussi abordée. Les internes avaient prescrit des examens biologiques de dépistage : *« ça m'est arrivé oui de temps en temps de prescrire une glycémie » 1* *« La seule ordonnance que je donnerais, même sans connaître la personne*

*de manière assez volontiers, parce que ça reste un examen qui est pas assez souvent pratiqué à mon goût, c'est les sérologies » 9.*

Les internes avaient aussi prescrit des examens d'imagerie, mais comme pour les médicaments, simples : *« une ordonnance de radio pour mon père qui avait reçu un objet lourd sur le pied » 9*, ou qui ne demandaient pas de suivi car seraient vus par un autre professionnel de santé.

### **i. Les certificats**

Dans l'entretien 7, l'interne avait été sollicitée à deux reprises pour des certificats. Une fois pour un certificat d'arrêt de travail suite à une nuit blanche passée à veiller un proche commun malade : *« tu pouvais pas leur faire un arrêt de travail parce qu'ils ont passé la nuit blanche avec lui pour le surveiller, c'est difficile quoi »*. Sa crainte avait été de faire un certificat de complaisance : *« j'avais pas envie de, avoir l'impression de dealer un arrêt de travail quoi c'était ça qui me gênait »*, mais elle expliquait que la situation le justifiait : *« c'était pas dans l'abus d'avoir un arrêt de travail facile »*. Une autre fois, elle a été sollicitée pour un certificat de non contre-indication au sport. Mais finalement, elle n'en avait eu aucun à réaliser.

### **j. Le règlement d'honoraires**

La question des honoraires était évoquée dans deux entretiens : *« on peut choisir si on veut faire régler pas régler » 3*. Dans un cas, avec l'idée que le règlement d'honoraires pouvait participer à la relation médecin-patient et à rendre formel l'acte médical : *« c'est rémunéré aussi en fait c'est un acte, c'est un acte médical que tu fais » 3*. L'autre interne qui se positionnait sur la question n'était pas pour le règlement d'honoraires, car il considérait qu'on ne pouvait assurer une réelle consultation pour un proche, et que tout le monde avait recours au travail des autres un jour, sans contrepartie financière : *« faire payer non je trouve ça très mal vécu [...] je pense que voilà on a tous eu recours au métier de chacun, on a tous connu un informaticien qu'on a*

*appelé en galère [...] d'autant que si on fait payer ça veut dire qu'on fait une consultation complète et ça pour le coup j' pense que c'est pas notre rôle » 9.*

#### **k. La demande de positionnement médical par l'équipe soignante**

Dans un cas, l'interne avait explicitement été sollicitée dans la discussion médicale concernant son proche. La particularité de cette situation était que l'équipe soignante était elle aussi proche de la personne malade : *« il faut qu'on fasse quelque chose, ils veulent pas le garder en réa parce que c'est dans son service c'est dans des lits où il travaillait donc c'est dur pour l'équipe, à ton avis est-ce qu'on le transfère ? » 8* *« ça y'est je suis prise à partie comme médecin et plus comme nièce [...] le réanimateur me demande mais à ton avis est-ce que je le transfère ce soir ou demain ? [...] là je donne mon avis mais de médecin au réanimateur » 8.*

#### **1. La négociation avec le proche pour sa prise en charge**

Dans deux entretiens l'interne racontait avoir négocié avec son proche pour lui faire accepter une prise en charge, ou un examen complémentaire : *« je lui dit écoute, on fait un deal, j'emmène faire une radio, si ya rien de cassé je te le mets en écharpe et on verra de la kiné, si c'est cassé ce sera l'hosto » 5*, une consultation aux urgences : *« j'ai essayé de lui expliquer ... il faut quand même que tu aies un examen, faut qu'on te fasse un écho-doppler pour être sûr que c'est ça » 3*, un suivi médical : *« pour le suivi... j'ai quand même dû batailler [...] je lui ai quand même dit trouve toi un médecin pour le suivi [...] c'était ça la condition quoi » 3.* Dans un autre entretien, l'interne disait avoir eu des difficultés à faire accepter à son proche son problème de santé, dont l'idée lui déplaisait : *« elle l'a négligé pendant longtemps, elle voulait pas que je m'en occupe, elle voulait pas reconnaitre que c'était une verrue [...] c'est un petit jeu entre nous.... non non mais c'est pas une verrue, c'est un trou dans le pied » 2.*

## V. Relations avec le personnel soignant

### 1. Orienter vers le médecin traitant, le spécialiste, l'hôpital

L'orientation vers un autre médecin a très souvent été évoquée : « *je pense qu'il faut orienter, ça c'est très important, parce qu'on a tous des correspondants* » **9**.

#### a. La majorité des internes ont orienté leurs proches vers leur médecin traitant

A plusieurs reprises les internes disaient orienter vers le médecin traitant : « *surtout « allez voir votre médecin » je renvoie au médecin* » **1**, quand eux-mêmes **n'avaient pas la réponse** : « *si je savais pas je bottais un peu en touche et je disais bon ce serait mieux d'aller consulter* » **3**, le plus souvent au début des études : « *au début de tes études c'est vrai que on est encore étudiant, bon on connaît pas grand-chose, donc c'est plus facile de botter en touche* » **3**.

Parfois, du fait qu'ils estimaient que ce n'était pas à eux de répondre à la demande du proche, qui nécessitait une consultation complète, avec **un examen clinique** : « *je l'envoie pour faire son toucher rectal c'est quand même pas à moi de le faire* » **1** « *je lui ai dit quand même ce serait bien que t'aïlles voir ton médecin ... et puis voilà il faut qu'il t'examine complètement* » **10**.

Parfois avec le souhait que le médecin traitant **se positionne sur une question** sur laquelle l'interne ne souhaitait pas le faire : « *Je lui ai dit moi je pense que quand même il faudrait qu'il t'examine pour de bon [...] qu'il prenne la décision en fait, c'est-à-dire que voilà, qu'il prenne la responsabilité de mettre l'antibiotique ou pas* » **10**.

Etait mis en avant le fait que le médecin traitant a en mains **le dossier médical complet et connaît l'histoire médicale** du patient : « *justement le principe c'est que le médecin traitant il connaîtra les antécédents [...] il sera le plus à même de juger vraiment du problème* » **10**  
« *Quand j'ai confiance en un médecin traitant je repasse toujours par le médecin traitant en leur disant voilà il a un médecin traitant qui est sérieux, qui le prend bien en charge, il pose directement la bonne question à son médecin traitant, moi j'ai pas son dossier* » **7**.



## b. Plusieurs internes ont orienté leurs proches vers un médecin de spécialité

A plusieurs reprises l'interne orientait vers un spécialiste car il était à la **limite de ses compétences** : « *je suis pas spécialiste [...] à un moment t'es au bout enfin faut aller chez l'ORL* » **1**  
« *bon je passe la main, c'est un peu atypique son truc, direction le rhumato* » **5**.

Le spécialiste en question pouvait être une connaissance de l'interne : « *c'était un ancien chef à moi, un type avec qui j'ai travaillé pendant plusieurs années comme aide-opérateur [...] maintenant c'est lui qui la suit* » **2**.

A noter que dans un cas, l'interne avait adressé son proche à un spécialiste en précisant dans son courrier le lien avec ce proche : « *J'avais fait le courrier en mon nom... je vous adresse mon beau-père* » **5**.

## c. Quelques internes ont orienté leurs proches vers l'hôpital

A deux reprises, l'interne orientait son proche vers un service d'urgences. Dans un cas, parce que la pathologie suspectée nécessitait un diagnostic radiologique et un traitement rapides, un dimanche : « *je pense que c'est une phlébite mais c'est pas à moi de te soigner[...] du coup je l'ai envoyé aux urgences* » **3**. Dans l'autre cas, parce que l'interne était dépassée par la prise en charge de son proche : « *j'arriverais pas suffisamment à gérer en maison de retraite et donc je l'ai renvoyé aux urgences* » **5**.

Une des internes avait organisé l'hospitalisation d'un de ses proches directement avec le service concerné à deux reprises : « *je l'ai fait hospitaliser, j'ai appelé en rhumato à Lariboisière, ils me l'ont pris* » **5** « *je l'ai fait hospitaliser en gériatrie [...] je suis sa petite-fille, je fais office de médecin traitant, il a eu des épisodes d'agitation, donc je vous demande une hospitalisation* » **5**.

Dans l'entretien **7**, l'interne était sollicitée par l'entourage pour faciliter le transfert du patient malade : « *toi tu connaîtrais pas quelqu'un [...] ils aimeraient bien que en tant que médecin... des fois tu connaîtrais pas quelqu'un qui travaille dans le service où il est pris en charge* »,

mais elle n'était pas en mesure de le faire : *« je pouvais rien faire, enfin c'était pas à nous d'intervenir »*.

## **2. Faire l'intermédiaire avec le médecin soignant**

Dans un cas, l'interne occupait la position d'intermédiaire entre son proche et le médecin soignant, quand son proche n'osait pas poser les questions au médecin : *« quand mon beau-père m'avait parlé d'un souci et que je voyais qu'il l'abordait pas, je posais la question pour lui »* 5, ou quand le proche lui-même lui demandait de parler aux médecins en son nom : *« va voir le médecin, dis-lui que je veux un stent »* 5.

Dans un autre cas, l'interne s'était positionnée comme intermédiaire avec les soignants pour l'entourage du fait de sa capacité de compréhension : *« je m'suis spontanément positionnée comme l'intermédiaire pour la famille entre les médecins et la famille qui comprenait rien »* 8 et pour avoir les informations directement.

## **3. Faire équipe avec le médecin soignant**

Dans deux entretiens, les internes s'étaient présentés à l'équipe soignante comme proches du malade et internes : *« je suis interne, je sais comment, je sais ce qui va se passer mais je veux juste savoir ce qu'il a comme traitement »* 8 *« bonjour je suis la nièce du patient, est-ce que je peux parler au réa de garde, je pense qu'il fait une encéphalopathie, j'aimerais en savoir plus »* 8. Ils rapportaient avoir alors été informés comme des médecins : *« le réanimateur évidemment m'a prise très au sérieux, il m'a parlé comme à un médecin et pas comme à la nièce »* 8 *« là on a eu vraiment une relation de confrère à confrère »* 5.

## **4. Intervenir auprès du médecin soignant**

Dans deux cas, l'interne avait fait la démarche d'intervenir, sur sa propre décision, auprès du médecin soignant de son proche. Dans un cas, pour lui expliquer le comportement de la personne malade et demander de la protéger : *« je leur avait dit que il posait pas mal de*

questions mais que finalement il montrait qu'il était très courageux mais que, qu'il était pas prêt du tout à entendre de but en blanc les choses » « je l'avais dit à l'interne [...] je lui ai dit que pour l'instant c'était un problème de la maladie de Paget et point, j'avais pas parlé de sarcome, de cancer, en me disant de toutes façons on n'a pas d'anapath et que ça servait à rien de l'affoler » 5.

Dans l'autre cas, pour pointer un examen pathologique qui n'avait pas été pris en charge : « j'ai appelé le médecin traitant, il y a eu un problème, je suis tombée sur une prise de sang catastrophique » « j'ai appelé le médecin traitant pour lui dire ben voilà je suis étonnée, là je me suis présentée en tant qu'interne, je lui ai dit je suis interne, je suis là et voilà je viens de tomber sur la prise de sang je suis étonnée qu'est-ce qui s'passe, est-ce qui a eu des explorations de ce côté-là ? » 7.

## 5. Critiquer le médecin soignant

Plusieurs internes évoquaient des désaccords avec des médecins soignants de leurs proches, pour des raisons variées : « mon médecin généraliste je suis pas forcément très d'accord avec lui tout le temps » 1.

### a. Critique du médecin traitant

Le défaut d'orientation et de mise à jour des connaissances : « il est plutôt pour rester dans son cadre à lui, pour pas envoyer à des spécialistes et il est pas très très à nouvelles recommandations » 1.

Le défaut d'exploration : « ils ont un médecin traitant en même temps qui est pas très, j'dirais pas qu'il est pas bon, c'est pas le mot, je le connais pas, et je peux pas critiquer sa pratique comme ça, mais un peu laxiste [...] je l'avait trouvé léger en fait » 5.

Un défaut de prise en charge globale : « on sait que y'a eu clairement un manque d'examens, ou quelque chose qui a pas été très bien pris en charge » 9.

Le défaut de disponibilité : « il prend son vendredi, son samedi, son dimanche. A partir de jeudi après-midi il est plus là...enfin y'a un problème quelque part » 1.

La critique pouvait concerner une caractéristique non strictement médicale, comme un défaut d'inquiétude pour le patient : « son médecin traitant a dit non bon, de toute façon, allez voir un spécialiste vous verrez bien » 5 et un défaut de prise de nouvelles : « il a pas rappelé... à aucun moment il a appelé pour dire au fait, ça fait 3 mois, j'ai pas de nouvelles, qu'est-ce qui se passe? » 5.

La critique concernait dans un cas la relation du médecin avec le proche-interne : « j'avais eu son médecin traitant au téléphone, une fois ... pour le tenir au courant [...] en essayant au maximum de le, enfin entre guillemets de le valoriser enfin pour pas qu'il se sente je vous appelle, je vous critique, vous avez pas fait votre travail et je crois que tout ça, ça avait duré 2 minutes top chrono au téléphone en me disant non non mais de toute façon, moi, ça va être encore rien, bon bah au revoir [...] en l'appelant gentiment, et en fait il m'a limite raccroché au nez [...] là c'était vraiment pas du tout, enfin vraiment fermé quoi, aucune discussion, ni du côté médecin ni du côté famille » 5.

Dans un cas, l'interne précisait qu'il n'évoquait pas son désaccord avec les proches concernés, afin de préserver la crédibilité du médecin, mais tentait de faire passer le message : « on peut pas décrédibiliser le médecin traitant [...] faut réussir à faire passer un message, ou faire rentrer une idée en douce, pour leur faire penser que ça vient d'eux, éventuellement qu'ils le suggèrent au médecin traitant [...] je jette la graine et j'attends qu'elle germe » 9.

## **b. Critique du spécialiste**

Deux internes critiquaient des spécialistes qui faisaient des examens non justifiés : « je pense que pour les biopsies de prostate après j'ai pas regardé de plus près mais bon, peut-être qu'on aurait pu attendre, mais bon, ça c'est, les urologues ils adorent gratter de la prostate » 4, avec dans un cas la crainte qu'ils profitent des inquiétudes d'un proche hypocondriaque : « y'a des gens qui profitent un peu du fait que il était un peu hypocondriaque pour multiplier les consultations [...] qui étaient pas franchement nécessaires ,mais j'ai rien dit » 2. Dans ce deuxième cas, l'interne choisissait de garder pour lui ses réserves et précisait que ce n'était pas allé très loin : « il a

*pas dépensé des fortunes avec ce spécialiste, je crois qu'il a compris un peu de lui-même à un moment que voilà, il pouvait mettre un peu le holà » 2.*

Dans un cas, l'interne critiquait le défaut d'information de son proche par le spécialiste : *« peut-être que justement le neurologue l'avait pas assez rassuré, peut-être qu'il avait juste rien dit, fait son examen et puis, je crois que c'est ça aussi le problème, c'est que des fois les spécialistes sont pas assez dans le... » 2.*

Dans un entretien, l'interne avait douté des compétences du spécialiste devant l'absence d'examen clinique et avait choisi d'adresser son proche pour un second avis : *« je l'ai renvoyé chez un autre rhumato qui au moins l'examinait, parce que le premier l'avait pas du tout examiné, donc c'est pas un rhumato » 5.*

Une limite aux critiques était la variabilité de l'interrogatoire entre deux intervenants, avec l'idée que ça pouvait mener à une prise en charge par le médecin soignant non comprise par le proche-interne, qui ne disposait donc pas des mêmes éléments : *« les gens disent pas 2 fois la même chose, donc ce qui m'a été dit à moi n'a pas forcément été dit au médecin et donc forcément ça atterrit pas forcément sur la même prise en charge, enfin pas celle à laquelle je me serais attendu » 9.*

### **c. Critique de l'équipe hospitalière**

Dans un cas, l'interne critiquait la demande de positionnement médical faite par une équipe à la personne de confiance d'un proche : *« on a demandé à sa sœur qu'est-ce qu'on faisait, si elle voulait qu'on continue des investigations et des traitements, des traitements lourds avec certaines séquelles, ou si elle voulait qu'il rentre à la maison sous corticothérapie. J'ai trouvé ça très dur que le médecin demande clairement à sa sœur de prendre cette décision, il me semblait que c'était pas uniquement, enfin que c'était pas à la famille de choisir quoi » 7.* Ici de nouveau, l'interne émettait une réserve à sa critique car les faits lui avaient été rapportés : *« je pense pas que ça a été dit comme ça [...] je pense pas que dans les faits c'est, c'est vraiment ça, mais tu te dis que parfois, du coup, ça a été vécu comme ça » 7.* Elle concluait que ça relevait d'un défaut d'information :

*« il y a des fonctionnements, où tu comprends pas, quand tu es proche... là il y a un manque d'information et de prise en charge, enfin de recul quoi » 7.*

Le manque d'information à l'hôpital et l'ignorance des conséquences ont été critiqués : *« enfin ça m'énerve [...] je pense quand même que pour le coup, l'hôpital est un peu déshumanisé, enfin tu te dis mais c'est pas possible qu'ils se rendent pas compte que pour la famille c'est important de savoir si dans huit jours il est toujours dans, à cet hôpital ou dans un autre pour l'organisation aussi que ça implique par rapport à la famille, et que c'est important qu'il soit suivi par la même équipe » 7.*

Pour un autre interne, l'information à l'hôpital était déficiente mais il émettait la même réserve entre l'information médicale délivrée et les propos qui lui étaient rapportés : *« je me suis trouvé coincé... par ce que, j'aime beaucoup Simon, et j'étais, en fait j'étais pris, j'ai vraiment pris son émotion, il était en colère contre les médecins, du coup je me suis dit que c'était des cow-boys de la réa qui avaient pas été très diplomates devant la famille, qui doivent faire ça tous les jours, et puis je, pour avoir été à leur place... à la place de, du personnel médical qui est obligé de répondre à une demande similaire [...] le bon sens et bon réflexe, c'était de désigner, de faire désigner par la famille un intermédiaire » 6.*

Il lui semblait que le discours tenu par les médecins hospitalier avait été celui recommandé et appris pendant ses études, mais en découvrait les failles : *« J'ai jamais pensé que ça pouvait compliquer les choses comme ça, je savais pas ça que, je me disais que voilà, ça veut dire que je ne fais pas le bon discours en fait j'étais à la fois très en colère, incapable de les défendre, et puis surtout, plus du tout objectif, c'est la réa de l'hôpital de Lariboisière probablement qu'ils savent ce qu'ils font quand même, même si c'est des cow-boys de la réa peut-être, probablement aussi, malgré tout que probablement ils ont fait quand même ce qu'ils avaient à faire » 6.* La critique s'était alors déplacée sur un défaut de ressenti des médecin et un respect trop strict des protocoles, aboutissant à une prise en charge des proches du patient inappropriée : *« des protocoles tout bien écrits mais ils sont pas sortis de ce cadre-là, ils ont pas été assez fins pour sortir de ce cadre-là, et*

*les amis de Jacques, c'est, c'est sûr que c'est pas des gens qu'on peut... qu'on peut laisser comme ça quoi [...] j'avais l'impression que les médecins de la réa même s'ils assuraient, ils étaient coincés dans cette même forme de rigidité » 6.*

La critique se terminait de façon plus générale, de l'information délivrée par le médecin : *« y'a vraiment pas d'espace de discussion, c'est pas du tout une discussion, ça devrait l'être évidemment puisque c'est pas ce qu'on nous apprend, ça devrait l'être » 6.*

## **6. Mettre le médecin traitant à l'écart**

Dans deux cas, les internes réalisaient que leurs interventions auprès de leurs proches reléguait le médecin traitant au deuxième plan : *« il doit être un peu mis à l'écart [...] ils viennent me voir moi d'abord, enfin ou m'en parlent vraiment à la toute fin et après ils voient leur médecin avec les résultats » 1.* Dans un cas où l'interne-proche avait organisé l'hospitalisation, le médecin traitant avait été tenu au courant par le patient : *« ma belle-fille a appelé quelqu'un à Lariboisière, il lui a dit bon ben si ya besoin vous m'appellez, comme ça moi je verrais si moi je peux vous faire hospitaliser » 5.* Dans ce cas de prise en charge hospitalière d'une maladie grave, le médecin traitant avait peu de place par la suite : *« tout est rythmé sur le spécialiste donc heu voilà, c'est vrai que y a plus beaucoup de boulot de généraliste à faire » 5.*

## **7. Avoir confiance en le médecin soignant**

Plusieurs internes avaient confiance dans le médecin traitant de leurs proches et s'en remettaient volontiers à eux : *« je le renvoie très volontiers à son généraliste... je la connais [...] je décharge tout sur la généraliste » 2* *« on a un bon médecin traitant, en qui on a confiance » 4.* Les proches avaient leur médecin traitant : *« ils se réfèrent toujours au même médecin » 4* et ne comptaient pas sur l'interne : *« ils ont un médecin ils comptent pas sur moi » 4,* qui n'intervenait alors pas du tout dans leur prise en charge : *« c'est pas moi qui ai adressé les examens, moi j'ai rien fait » 4.*

Dans ce cas, les internes veillaient à abonder dans le sens du médecin traitant : « j'ai toujours été dans le sens du médecin traitant » 4 « j'ai été dans le sens, j'ai pas dit ah ba non c'est des conneries » 4, à respecter et soutenir son travail : « il t'a fait faire ça c'est bien, il avait raison de faire ça, c'était ce qu'il fallait faire » 2, et à ne pas se mêler de sa prise en charge : « ne pas interférer avec la prise en charge du médecin traitant en étant toi-même médecin généraliste et médecin traitant de certains patients » 5.

Dans l'entretien 9, l'interne expliquait les raisons pour lesquelles il était nécessaire de respecter le travail du médecin traitant. C'est lui qui les suit au long terme : « on peut pas décrédibiliser le médecin traitant qui de toutes façons, lui par contre va continuer à les suivre tout le temps », les informations données à l'interne par le proche sur sa santé sont certainement incomplètes par rapport à ce qu'il confie à son médecin traitant : « c'est une erreur de rentrer en interférence frontale avec ce qui a été proposé par le médecin traitant, qui lui d'ailleurs à d'autres informations, et puis attention on le sait hein... les gens disent pas 2 fois la même chose ». C'était pour lui de « l'ingérence » d'appeler le médecin soignant de son proche, car cela risquait d'influencer sa prise en charge : « la personne qui s'occupe du malade du coup se dit ah mince, il y a un médecin, il faut que je sois opposable ».

Dans le cas d'une prise en charge hospitalière, une des internes expliquait avoir respecté le travail de l'équipe : « je les ai laissé faire leur boulot de spécialistes » 5 « j'avais pas à mettre mon grain de sel dedans » 5 et s'être contentée d'informations non détaillées : « j'ai pas été chiant au niveau hospitalier [...] je me contentais de « la prise de sang est bonne »... juste quelques questions précises » 5.

Dans le cas d'une consultation chez un spécialiste, une interne expliquait avoir favorisé la relation entre le proche et son médecin : « je le laissais parler à son patient et non pas entre médecins et lui à côté » 5, en restant en retrait : « il savait que j'étais médecin mais je ne, enfin vraiment je laissais parler le neurologue » 5.



## 8. Compléter le travail du médecin soignant

Certains internes étaient amenés à compléter la prise en charge initiée par le médecin soignant. Souvent, c'est l'information médicale qui était assurée par l'interne, ainsi que les réponses aux questions : « *mes parents voilà ils m'ont déjà montré des résultats d'analyse des radios des échos voilà juste pour voir le résultat, leur expliquer un peu* » **3** « *comme j'apportais beaucoup de réponses à la famille elles ont pas ressenti le besoin d'aller chercher des informations auprès des médecins* » **5**, soulageant ainsi l'équipe soignante : « *j'ai un peu soulagé l'équipe hospitalière* » **5**.

Dans un cas, l'interne était allée plus loin que les médecins soignants, dans l'orientation : « *je participais à moitié en fait, son médecin traitant était pas très invasif... je l'avais adressé chez le rhumato* » **5**, et dans la prescription : « *je vous la prescris... vu qu'il avait rendez-vous 10 jours après avec le rhumato, je me suis dit plutôt que d'aller voir le rhumato qui je pense aurait fini par le ... je me suis dit autant le faire... c'était la facilité puisque je lui ai prescrit moi-même* » **5**.

## 9. Prendre un avis pour son proche

Plusieurs internes expliquaient avoir pris des avis pour leurs proches, auprès de collègues : « *j'ai déjà demandé si j'avais un spécialiste sous la main, dans ce cas-là qu'est-ce que vous feriez* » **1**, de co-internes impliquées dans la prise en charge du proche : « *j'avais appelé des copines, qui étaient justement, à ce moment-là en stage aux urgences, pour dire qu'il allait bien* » **4**, ou encore directement auprès du médecin en charge : « *j'étais un peu paumée, j'ai revu le réanimateur* » **8**.

## 10. Consulter avec son proche

Plusieurs internes avaient accompagné leurs proches en consultation chez un médecin spécialiste : « *je retourne avec lui voir la rhumato* » **5** « *je l'accompagnais chez le neurologue* » **5**.

Dans l'entretien 2, l'interne avait accompagné son fils de 8 mois aux urgences pédiatriques pour une fièvre persistante, il expliquait avoir eu un traitement de faveur : « pour le coup j'avais pas attendu moi j'étais passé tout de suite » et s'être senti bête devant le diagnostic de roséole : « on le déshabille, et il était plein de petits boutons[...] donc j'étais un peu con... il avait la roséole quoi [...] je me sentais un peu heu honteux[...] on sait c'que c'est, on sait c'que ça veut dire... ». Il expliquait qu'il aurait préféré ne pas être interne à ce moment-là, pour avoir la même prise en charge et les mêmes informations qu'un patient lambda : « on aurait envie finalement ... de rien savoir du tout de la médecine, et d'entendre des gens qui vous expliquent et qui vous rassurent sur l'état de votre fils » « dans ce genre de situation c'est plus un handicap d'être médecin, d'être interne que d'être patient quoi, parce que, on aurait envie finalement envie de rentrer dans un circuit où on est bien pris en charge ». Egalement pour éviter le malaise ressenti devant une consultation aux urgences pour une maladie infantile finalement bénigne : « on a l'impression de savoir qu'est-ce qui nécessite de venir aux urgences quoi, qu'est-ce qui est une situation potentiellement grave quoi. Et quand on se retrouve aux urgences avec son gamin qui a la roséole, heu ben c'est un peu bête quoi ».

## 11. Naviguer dans le système de soins

Plusieurs internes rapportaient que leur connaissance du système de soins et de son organisation avait été un atout pour leurs proches.

Dans l'entretien 5, l'interne avait demandé une ambulance et obtenu que son proche soit conduit directement dans un hôpital ayant un service adapté, alors qu'il n'était pas dans le secteur : « j'ai appelé le 15 pour demander une ambulance [...] je leur ai demandé d'aller sur Argenteuil, donc pas sur le secteur en fait... en négociant ils me l'ont emmené là-bas ». Cela lui avait permis en plus de passer par un service d'urgences qu'elle connaissait : « je connaissais les urgences j'y étais passée ». Mais l'interne précisait qu'elle n'avait pas eu pour autant de traitement de faveur : « j'ai fait la queue comme tout le monde ».

Pour un autre interne, il semblait normal de favoriser les soins des proches grâce aux correspondances faciles et sans conséquences gênantes : « *faire profiter de notre réseau à notre famille, ça fait partie des avantages de fonction, heu voire même passer un coup de fil, réduire un délai d'attente c'est des choses qui sont à notre portée et qui font plaisir* » **9**.

L'interne de l'entretien **10** expliquait que lorsque des personnes avaient recours à lui, c'était une façon de détourner le système de soins : « *c'est vrai que si on veut que le système fonctionne au mieux, il faut que les gens adhèrent au système* ». Il trouvait ça particulièrement gênant quand il prenait la place du médecin traitant, sans avoir le dossier médical. Il y voyait l'émergence d'un réseau parallèle, plus rapide : « *je me suis dit cette personne-là, le fait d'avoir, de m'avoir un peu sous la main, du coup il fait pas l'effort d'aller chercher un médecin traitant, et donc il essaye de passer par la médecine, enfin on va dire la médecine à vitesse rapide quoi* ».

## VI. Difficultés rencontrées par l'interne

### 1. Limites des compétences

#### a. Questions de spécialistes

Plusieurs internes ont évoqué la limite de leurs compétences dans des domaines spécialisés : « *quand je savais pas je leur disais ça je sais pas, c'est le spécialiste et ça leur convenait* » 5 « *parce qu'on n'est pas spécialiste en tout* » 6.

Plusieurs internes ont été confrontés à des situations qui relevaient d'emblée du spécialiste : « *c'est cancer ORL quand même assez rare* » 9, et qui leurs demandaient de s'informer : « *donc j'ai compris, en me renseignant un peu parce que moi je suis pas une experte en hémato non plus* » 7.

Plusieurs d'entre eux sont arrivés à leurs limites après avoir donné un premier avis, et donc ont orienté leur proche : « *et puis comme au bout d'un moment elle est revenue vers moi et elle m'a dit que ça persistait, je lui ai dit d'aller consulter un dermato, voilà* » 10. Cette orientation était reconnue comme utile pour le proche : « *ben finalement, le dermato lui a prescrit des choses auxquelles j'aurais pas forcément pensé* » 10.

#### b. Questions de bobologie

Plusieurs internes ont évoqué les questions de bobologie posées par les proches : « *C'est des trucs, des petits trucs ponctuels [...] quotidiennement y'a ce genre de trucs-là, des petits détails, c'est qui fait qu'on se tourne vers celui qui est censé le savoir* » 6.

Pour deux internes, ces sollicitations les mettaient dans des situations fâcheuses car leurs réponses ne leurs semblaient pas satisfaisantes. Pour eux, ces questions ne concernaient pas strictement le domaine médical, raison pour laquelle ils n'avaient pas de réponse : « *si ils ne les savent pas eux, si c'est pas vraiment médical c'est pas vraiment surprenant qu'on ne les sache*

*pas non plus* » **6**. Car la formation médicale est concentrée sur les pathologies, graves et fréquentes : « *on se concentre souvent sur ce qui est fréquent et /ou grave, et quand on arrive sur des choses qui sont plus de l'ordre de la bobologie moi je cale... c'est un peu gênant et puis ça met mal à l'aise de ne pas avoir de réponse à donner parce que on est pas crédible auprès de la famille* » **9**. Ils craignaient de perdre leur crédibilité par cette non- connaissance des questions de bobologie. Ils expliquaient tenter de répondre en raisonnant de façon logique : « *j'essaye de rester tout simplement logique, comme je le ferais d'ailleurs en consultation pour quelqu'un qui arriverait pour la même chose, y'a plein de consultations pour lesquelles finalement on a pas de réponses institutionnelles à proposer* » **9**, mais sans grande satisfaction.

### **c. Limites de la formation médicale**

Deux internes ont évoqué le fait que les compétences augmentent avec l'avancée dans la formation médicale : « *je suis un futur médecin généraliste tu vois je sais pas tout [...] t'es un jeune docteur* » **1**, et que pendant les premières années elles sont moindres : « *au tout début [...] des études d'interne [...] je connaissais rien... j'avais besoin d'un petit support* » **1** « *en deuxième ou troisième année on n'a pas du tout d'expertise* » **3**.

Dans l'entretien **6**, l'interne trouvait qu'il était souvent limité par les compétences données par sa formation médicale. Il se sentait limité essentiellement dans la délivrance d'informations médicales, d'une part en tant qu'interne pour les proches de ses patients : « *quand j'étais en gériatrie aiguë avec cet encadrement pourri, et c'est nous qui parlions aux familles[...] quand un membre de l'équipe paramédicale voulait me trouver pour me dire qu'on voulait me parler, qu'un membre de la famille voulait me parler, j'étais jamais content, alors que c'est une source d'information, alors que voilà c'est normal ça fait partie du travail, en fait j'avais la trouille, j'avais la trouille d'être confronté, qu'on me pose des questions et que j'aie pas du tout de réponse, et sincèrement c'est arrivé plein de fois. Alors avec la blouse blanche c'est beaucoup plus facile...mon discours était lui aussi hyper rigide, j'avais, c'était écrit, je disais ça, il avait un peu une façon de*

*rassurer, ou une façon de mettre au courant avec un état d'aggravation enfin je, mais j'ai heu, j'avais pas, enfin les gens avec qui je parlais avaient pas du tout d'espace ».*

Et d'autre part pour ses proches dans leurs sollicitations : *« j'ai été un peu mis en difficulté, sur la capacité strictement médicale à répondre aux questions ».* Il expliquait que ses proches se tournaient vers lui pour leurs questions du fait de ses connaissances supposées : *« on se tourne vers celui qui est censé le savoir, c'est bien le problème, il est censé le savoir. Je me dépatouille assez mal de ça, c'est-à-dire que je fournis toujours une réponse mais même, ou alors, ou bien une réponse qui peut être « je sais pas », mais je me sens toujours mal ».* Mais qu'il n'avait pas toujours les connaissances : *« c'est dans ma pratique au quotidien que ça me, que ça pose problème, parce que je me dis que je sais pas bien... je maîtrise pas tout ça quoi, c'est ça que ça réveille aussi »* *«j'me disais ça sent pas bon, et en fait je sais pas trop si ça sent vraiment pas bon pas... je suis pas capable de dire où en est Jaques et comment il va récupérer, et puis donc du coup je sais pas vraiment ce que ça signifie »* . Ainsi, les sollicitations mettaient en avant ses lacunes : *« ça vient mettre de la lumière sur mes lacunes ».*

Pour lui, c'était le fruit de sa formation médicale : *« c'était que le résultat de ma formation [...] en gros on m'a donné des outils de vocabulaire et des notions, mais très générales, donc un ensemble de choses, qui me permettent de pas être perdu dans, dans un domaine de médecine. Mais si je voulais maîtriser toutes, enfin il aurait fallu qu'on me demande, que y'ai quelqu'un derrière moi avec moi qui me fasse faire de la recherche en gros ou qu'il me fasse pousser mes connaissances dans un domaine précis, si loin, si inutilement loin, que tout ce que j'ai besoin de savoir quand on vient me trouver pour les petites questions, ben je le sais parfaitement ».*

Il expliquait que pour y pallier, il pouvait lui arriver de broder : *« là j'ai même brodé un peu je trouve »* *« je suis pas sûr de ça, je, à propos de l'histoire du Glasgow, j'en sais rien en fait, j'ai... Et à ce moment-là ça me gêne un peu parce que j'invente »*, et de masquer son inconfort par un discours lourd : *« j'ai pas confiance en moi et ça, ça veut dire qu'il y a plein de moments dans la,*

*dans la consultation, là au cabinet actuellement, ou je me mets à échafauder tout un truc, assez bruyant, avec plein de mots, plein de gestes, et, pour masquer quoi enfin...c'est très gênant de pas savoir ».* Il souhaitait dans ces situations que son interlocuteur n'approfondisse pas trop : *« j'ai pas envie que ça aille trop loin, qu'il finisse par me poser des vraies questions avec lesquelles je serais coincé » « plus ça a été, plus j'avais l'impression que j'avançais dans des endroits où je suis pas sûr du tout de ce que je raconte » , afin de ne pas poursuivre : « je me suis entraîné très loin à la fois dans des places que je maîtrise pas bien et puis dans mon propre mensonge, enfin c'est pas vraiment un mensonge mais... ».*

Il expliquait que cette difficulté dépendait de l'interlocuteur, c'était plus difficile face à un interlocuteur curieux : *« c'est des gens, c'est ça aussi qui était, qu'était très, c'est intéressant, très exigeants, enfin qui m'a, qui a demandé beaucoup de moi devant Simon ».* Il disait aussi qu'il pourrait choisir de dire qu'il ne savait pas : *« je suis tellement pas sûr de ce que je raconte et que je ferais mieux de temps en temps de dire ben j'en sais rien ou je sais pas »*, mais qu'il ne répondait jamais uniquement ça : *« je fais jamais cette réponse là uniquement, jamais écoute là je sais pas du tout il faut aller voir quelqu'un d'autre, je dis toujours quelque chose quoi ».*

Il expliquait également qu'il manquait de confiance en lui et que ça se ressentait dans sa façon de donner l'information médicale et dans ses rapports avec les patients en général : *« Il y a beaucoup de rapports aux patients, aux gens et à la médecine qui est lié à une, un inconfort, une incertitude, tu vois un manque de confiance en moi quoi ».*

Il expliquait que cela lui donnait la sensation d'être testé quand un proche le sollicitait pour une question médicale : *« j'me sens testé à chaque fois » « ça me place quand même toujours dans une position particulière devant un ami ou de la famille. Je suis pas du tout tranquille. En gros, même si y'a pas de demande, j'ai quand même l'impression qu'il y en a une, implicite quoi, quelque chose qui fait que je me sens à l'épreuve, testé... C'est pt 'être mes compétences de médecin ou de, qui sont visées ».*

## 2. Manque d'objectivité

Plusieurs internes ont évoqué le manque d'objectivité face à un proche malade : « *t'as pas cette part d'objectivité qui fait qu'on arrive à travailler quoi, t'es trop impliqué* » **4** « *la distance que t'as pas [...] on a pas le détachement nécessaire* » **1**.

Une des internes expliquait qu'elle n'avait pas été objective avec son proche car elle le connaissait : « *il est un peu chochette donc c'est vrai que c'est difficile d'être objectif je dis ho mais c'est bon tu prends ton traitement ton médicament et ça va passer* » **3**.

Plusieurs conséquences ont été identifiées par les internes lors de leurs expériences. Une interne racontait que sa prise en charge avait été différente de celle qu'elle aurait eu pour un patient standard : « *j'aurais eu un patient, comme un patient lambda, voilà je l'aurais calmé [...] j'aurais appelé directement le radiologue du cabinet à côté pour qu'il le prenne en urgence... là comme c'était le cas c'était un dimanche, pour un patient lambda... on leur fait directement l'injection d'anticoagulants et puis ils ont l'écho-doppler le lendemain, c'est pas, on peut faire ça aussi comme ça. Mais lui, je pouvais pas, j'ai réussi à rien faire [...] ça aurait été un autre patient, je l'aurais pas forcément envoyé aux urgences* » **3**.

Deux internes ont expliqué qu'ils n'arrivaient simplement pas à répondre à leurs proches car ils n'arrivaient pas à réfléchir. Dans un cas pour une demande de soins : « *tout s'est embrouillé dans ma tête. Je savais plus [...] je ne savais plus quoi faire, enfin j'étais plus du tout objective* » **3**. Dans l'autre cas pour une demande d'informations : « *au moment où je racontais ça, dans ma tête tout s'est mélangé, mon désir d'être précis et mon désir de rassurer* » **6**. Une interne expliquait qu'elle était sûre du diagnostic, mais aurait préféré avoir tort, pour son proche : « *je sais que médicalement c'est ça, mais en même temps c'est de la famille, j'aimerais bien pouvoir me dire que non c'est pas ça et que c'est autre chose* » **3**.



Dans un cas, l'interne s'est senti coincé devant les critiques à propos des médecins hospitaliers faites par son proche, car il était partagé entre son envie de soutenir son proche, et ses connaissances du système hospitalier qui lui font reconnaître que l'attitude des médecins était celle recommandée (entretien 6).

Dans un l'entretien 6, l'interne expliquait que son discours médical pour un de ses proches avait été influencé par leurs rapports : *« la variation du discours [...] on s'entend pas très très bien, j'ai pas grand-chose à voir avec lui, et j'suis toujours un petit peu mauvais père, moralisateur et là, bon, avec douceur, enfin je pense pas l'avoir brutalisé »*.

Dans l'entretien 7, la question s'est posée pour l'interne de voir un proche en consultation pour un certificat de non contre-indication au sport, elle expliquait qu'elle aurait vu cette consultation comme un test, pour savoir si elle était capable de rester objective : *« j'ai trouvé que ça aurait été une bonne expérience finalement pour moi, de me dire que je suis capable de vaincre ce côté copain ou patient »*.

### 3. Prise de responsabilité

Dans ces situations, plusieurs internes ont dit qu'ils ne voulaient pas prendre la responsabilité de soigner leurs proches, ni dans des situations aiguës ni pour des suivis : *« je veux quand même pas prendre la responsabilité de le soigner [...] je suis pas son médecin traitant, je veux pas faire tout le suivi »* 3. Et ce également pour des pathologies bénignes : *« j'étais beaucoup plus réservé sur mes conclusions et je, j'voulais pas donner de conclusion hâtive parce que je me disais que si, si je me trompais c'était d'autant plus grave que c'est mon meilleur ami, que du coup il pouvait y avoir des conséquences sur notre relation [...] si j'avais dû prendre la responsabilité de savoir est-ce que son truc va aller mieux, bon ça aurait été p'tet un petit peu plus délicat mais bon au final c'était pas un problème trop grave »* 10. La crainte était la survenue de conséquences sur la relation existante : *« parce que si on se trompe ça peut interférer sur les relations personnelles »* 10.

La conséquence était souvent l'orientation pour un autre avis médical : « là je me suis dit ah non mais là je peux pas [...] je pense que c'est une phlébite mais c'est pas moi de te soigner... du coup je l'ai envoyé aux urgences [...] c'est un peu pour me décharger » 3.

#### 4. Discordances entre les positions de proche et d'interne

Plusieurs internes ont évoqué leur difficulté à trouver leur place, entre le rôle de proche et celui d'interne : « j'ai toujours été partagée du coup entre la vision médicale et la vision familiale » 5 « faut réussir à faire la part des choses entre le perso et le pro » 5 « j'ai eu beaucoup de mal à me situer en fait entre, à savoir comment me positionner en tant que interne dans ma profession et amie dans la vie » 7.

Dans l'entretien 5, l'interne a été le médecin traitant de son proche en fin de vie. Elle expliquait qu'elle connaissait sa volonté de partir en tant que petite fille, mais qu'il lui était difficile de l'appliquer en tant que médecin : « je sais ce qu'il veut, mais en même temps j'applique ce qu'il veut et en tant que médecin ça veut dire je le laisse partir, je le laisse en choc ». De plus, son proche ne communiquait plus à cette étape de la prise en charge : « je savais ce qu'il voulait et ça, ça a beaucoup biaisé parce que du coup il communiquait plus du tout ». Pour elle, son rôle de familial était justement être le médecin de son proche, ce qu'il lui avait demandé, les deux rôles étaient alors confondus : « j'ai vécu mon rôle de petite-fille en faisant ce qu'il voulait, bon ben c'était en étant son médecin, et c'était ma façon à moi d'être sa petite-fille ». Mais elle explique que par moments la situation était trop délicate pour être le médecin, elle passait alors la main pour n'être plus que le proche : « le 3<sup>e</sup> jour il était très encombré, je le trouvais très douloureux je me suis dit non, là ça me dépasse, j'ai aussi mon rôle de famille à jouer, il a pas l'air confortable, je pense que j'arriverais pas suffisamment à gérer en maison de retraite et donc je l'ai renvoyé aux urgences ».

La même interne a été impliquée dans la prise en charge médicale d'un autre proche, et expliquait que l'entourage commun confondait ses rôles de proche et d'interne : *« j'ai ma place de belle-fille... pour eux ça va de pair ... je suis calée en ça comme je sais pas tu pourrais être calée en gâteaux et ils te demanderaient de faire un gâteau... ils se rendent pas compte que c'est pas si simple, pour eux, c'est, ben je serais garagiste je réparerais leur voiture... ben là ils m'appellent pour réparer leur santé »*.

Dans l'entretien 7, l'interne parlait de l'expérience d'une amie interne qui n'avait été ni la proche ni l'interne pour son proche malade : *« elle était entre les deux, elle était ni le médecin, ni médecin traitant, ni la personne de la famille »*.

## **5. Limites de l'information médicale**

### **a. Le défaut d'information**

Pour plusieurs internes interrogés, passer du « côté patient » a été l'occasion de réaliser que l'information médicale donnée au malade et à son entourage était insuffisante : *« tu t'aperçois vraiment du manque d'information des gens quoi » 7*. Cela dépendait probablement des médecins qui la donnaient : *« y'a quelque chose qui autorise le médecin à être, à être flou, imprécis... c'est-à-dire imposer l'info » 6*. De plus, parce qu'elle n'était donnée qu'aux plus proches, laissant le reste de l'entourage dans le vague : *« une trentaine d'amis, dans laquelle circulaient des rumeurs, parce qu'en fait ils avaient pas accès à une information médicale claire et directe... ils savent toujours pas ce qui s'est vraiment passé » 6*.

Par ailleurs, l'information pouvait être mal comprise : *« quand tu reçois les informations de l'extérieur par rapport à la famille, aux amis, les informations médicales qui te reviennent déjà t'en as peu, tu t'aperçois vraiment comment les patients sont informés, ce qu'ils retiennent, quel est le contact médical qu'ils ont eu, quelles sont les informations qu'ils ont eu, qu'est-ce qu'ils ont retenu et retranscrit [...] c'est là où tu te rends compte que l'information est difficile, l'annonce diagnostique et*

*tout ça et que le vécu de la personne que t'as en face, ce qu'elle comprend est pas forcément ce que tu dis » 7.*

Cette expérience permettait d'observer le résultat de l'information par un médecin : *« on a un rôle, clairement c'est un rôle d'information, de refaire comprendre tout ce qui n'a pas été compris, et c'est là qu'on se rend compte d'ailleurs en tant que médecins qu'on est pas clairs, c'est aussi une façon pour nous de s'informer sur la façon de donner l'information, parce que, au sein de notre famille on se rend compte que, quand un médecin informe, bien souvent c'est pas compris, donc à nous d'être plus clairs » 9* *« c'est des équipes qui ont l'habitude d'annoncer, qui ont l'habitude de parler au patient et à la famille, mais n'empêche que voilà, des fois tu te rends compte que derrière en fait ils comprennent pas » 7*, et d'identifier clairement le rôle que peut avoir un interne pour ses proches malades et leur entourage.

Quand les internes n'étaient pas soignants, les éléments permettant la compréhension de toute la situation n'étaient pas accessibles : *« pour le coup et t'essaies de comprendre c'qui s'passe [...] t'es confronté en tant qu'interne pour une fois, à ne pas avoir le dossier médical, à ne pas parler à des médecins directement, et à faire avec c'que tu as par rapport aux informations de la famille ou des amis, donc de ce qu'ils ont compris, de ce qu'ils ont retenu, de l'interprétation qu'ils ont faite, et devoir se contenter de ça » 7.*

Dans deux entretiens, les internes avaient des proches atteints de maladies graves, pour lesquels ils n'étaient pas soignants, ils n'obtenaient alors que des informations rapportées et transformées : *« Je prends les informations comme elles viennent, tu vois le diagnostic, les facteurs pronostics, le stade de la maladie, les traitements qu'il reçoit exactement je sais pas[...]ça avait été rapporté, tout ce que j'avais su que les médecins avaient dit à la famille ça m'avait été rapporté indirectement donc, c'est que la famille n'a pas forcément tout dit aux copains [...] tu sais pas ce qui a été vraiment dit ou pas, qu'est-ce qui a été vraiment compris [...] comme c'est des propos retranscrits par la famille, tu sais pas ce qui a été vraiment dit directement au patient et à sa famille »*

7 «j'aurais bien aimé avoir le résultat complet de l'anapath, la vraie classification TNM parce que finalement j'ai eu que le début, j'ai jamais osé poser la question des métastases, visiblement c'était M0 mais j'ai pas eu le bilan complet » 9 . Ils devaient s'en contenter pour comprendre la situation : « par rapport aux informations qu'ils me donnent, j'essaye de leur expliquer du mieux possible ce que je peux comprendre et ce qu'il en est quoi » « qu'est-ce que tu peux pas dire, parce que t'es pas sûre non plus de toutes les informations, t'as pas le dossier médical sous les yeux » 7.

Plusieurs internes soulignaient qu'ils auraient aimé avoir plus d'informations : « mais effectivement j'aurais voulu en savoir un peu plus à certains moments » 9 «que tu joues le rôle de médecin ou pas pour ton proche, quand vraiment il y a des gros gros problèmes de santé, j pense que quand t'y es, tu peux pas te contenter de 2-3 infos » 5. Pour un des internes interrogés, cela pouvait être une des raisons qui amenait à s'impliquer dans la prise en charge médicale de son proche : « forcément je pense que tu t'impliques plus parce que t'es heu... ça te suffit pas, ce qu'on te dit » 5.

Il a été constaté par plusieurs internes l'incompréhension de la situation médicale par les proches : « une incompréhension de tout ce qui était diagnostic » 9 « j'ai expliqué à sa femme qui était infirmière mais qui comprenait pas très bien médicalement ce qui se passait » 8 «on a dû lui répéter plusieurs fois qu'il était en train de mourir » 8, mis en lien avec le fait que l'entourage du malade n'était pas informé par l'équipe soignante : « la famille elle n'a pas eu cette consultation diagnostic-annonce avec explication de la maladie » 9. De plus les proches malades eux-mêmes ne comprenaient parfois pas les situations par absence de compétences médicales : « donc lui il savait pas du tout d'où ça venait, il avait pas fait le lien avec son lobe de l'oreille » 10.

L'inquiétude liée à la non-compréhension a été clairement identifiée : « beaucoup d'inquiétudes liée à la méconnaissance de la maladie, de la maladie générale à la fois, et de l'interprétation de ce qui avait été dit » et souhaitait être évitée par l'interne dans l'entretien 9 : « éviter que dans la famille il y ait des choses, enfin des incompréhensions liées aux inquiétudes ».

Ainsi, l'interne expliquait avoir informé la famille dans le but de leur permettre de contrôler leurs réactions : *« en faisant participer la famille à la compréhension de la chose et aux attentes médicales du traitement par exemple, aux tenants et aboutissants, on pondère les choses et on rend les gens plus raisonnables et un peu moins dans l'affect. On détourne, enfin moi ça a été, ma façon de faire, ça a été de détourner les gens un peu de l'affect, c'est-à-dire faire de la planification »*.

#### **b. La déformation de l'information**

Dans l'entretien 9, l'interne revenait sur les déformations multiples de l'information médicale qu'il avait pu observer dans l'entourage : *« à la façon « téléphone arabe » y'avait une information qui circulait et chacun au fur et à mesure de sa non-compréhension transformait complètement les choses, et on arrivait sur, (rires), sur des choses complètement aberrantes [...] le T3N0M0 qu'elle cherchait sur internet comme T3 nomo par exemple, heu voilà. Au lieu de zéro, elle a tapé des « o » en fait et voilà, donc ça amène forcément à des résultats de recherche qui correspondent à rien », et sur son intervention pour corriger ces déformations de l'information : « j'ai remis les choses en place parce que tout avait été sur-interprété ou mésinterprété »*.

#### **c. Les proches qui ne réalisent pas ce qui se passe**

Un autre point a été relevé par deux internes, l'entourage ne saisissait pas forcément le sens de certaines informations médicales. Dans un cas, la femme du malade n'avait pas compris qu'il s'agissait d'une situation de fin de vie : *« sa femme niait absolument son état de santé, et disait : on m'a proposé des soins palliatifs mais il n'en est pas question, parce que ça veut dire qu'on baisse les bras. Donc évidemment baisser les bras, il était en train de mourir » 8*. Dans l'autre cas, le but d'une nouvelle série d'examens n'avait pas été compris par l'entourage : *« le reste de la famille cette fois-ci ne s'était pas inquiété [...] là par contre la famille n'a pas tilté sur le risque qu'il pouvait y avoir [...] tout ce qui est pronostic n'a pas été compris » 9*.

## VII. Ressenti de l'interne

### 1. Vécu affectif

Dans les expériences rapportées, les internes se sont parfois sentis mal à l'aise et ont été dans des positions inconfortables.

#### a. Du comportement des proches

Deux internes disaient **s'être sentis utilisés** par leurs proches : « *donc il me sollicite quoi, une façon de se décharger un peu son angoisse [...] je suis un peu la consultation gratuite, la cerise sur le gâteau quoi* » **2**.

L'un deux expliquait que devant son refus de prendre en charge son proche, celui-ci l'avait fait **culpabiliser** et cela avait fonctionné : « *en même temps ben voilà je culpabilisais* » **3**.

Un interne racontait avoir été **vexé** par le fait que son proche choisisse de ne pas lui parler de ses problèmes de santé : « *je me sentais un peu vexé parce que je me disais voilà, je suis médecin maintenant, elle pourrait me demander conseil, elle pourrait au moins m'en parler quoi* » **2**.

Une interne racontait que ses proches avaient beaucoup été dans **la demande**, avec un côté exigeant : « *ma belle-famille, vu le côté incisif, heu, ce sera pas possible, je le sais d'office que j'y laisserais ma peau* » **5** « *ils se sont pas du tout rendu compte que ça pouvait être lourd, enfin...* » **5** et que ça avait été **éprouvant** pour elle : « *ça me fatiguait beaucoup parce que du coup ils m'ont beaucoup demandé [...] je passais beaucoup de temps là-bas à l'hôpital [...] ça m'a pas mal vidée* » **5**. Pour elle, cela pouvait être une limite à l'implication auprès de ses proches : « *les limites que j'aurais eu je pense que c'est psychologique parce que ça use quoi [...] c'est un des gros désavantages parce que finalement c'est prenant, c'est crevant, c'est un peu le burn out, enfin vraiment, ça t'épuise doublement* » **5**.

## b. De la situation

Les situations médicales ont parfois été difficiles à vivre. Dans un cas, l'interne avait ressenti du **malaise devant le suicide** d'un proche : *« c'est horrible à dire mais il est pas mort de son problème de cœur, mais il est mort parce qu'il s'est donné la mort » 4.*

Dans un autre cas, l'interne avait fait face à la **culpabilité** de transférer en maison de retraite son proche grabataire : *« on l'a mis en maison de retraite, c'est moi qui ai forcé, ma mère culpabilisait beaucoup j'ai dit non, c'est plus gérable, on peut plus, on va le voir comme un fardeau... » 5.*

Dans l'entretien 8, l'interne avait **assisté à la souffrance** de son proche : *« donc il a fait l'hématémèse devant nous [...] c'est la situation qui était épouvantable ».* Dans ce même entretien, elle avait eu la tâche d'**annoncer le décès** de son proche malade à un proche commun : *« j'ai eu cette mission aussi d'annoncer le décès de son frère à mon père à l'aéroport quand je suis allée le chercher » 8.*

Deux internes avaient compris des **diagnostics graves** sans trop vouloir y croire : *« merde ça ressemble à une phlébite... je pense que c'est ça enfin j'en suis quasiment sûre » 3.*

## 2. Prendre sur soi

Plusieurs internes expliquaient avoir gardé pour eux ce qu'ils ressentaient et avoir continué à intervenir auprès de leurs proches : *« je consolais les gens [...] je les informais, et j'expliquais tout » 8.* Ils ont parfois fait le choix de protéger leurs proches communs en faisant le lien avec l'équipe médicale et en relayant l'information : *« j'avais prévenu mon cousin en disant il faut que tu reviennes, là ça se complique et ça va plus durer très longtemps, il a voulu rentrer dans la chambre je lui dis non tu peux pas rentrer, c'est très grave j'avais t'expliquer » 8.* Dans un cas l'interne a souhaité occulter une partie de ce qu'elle savait de la situation pour protéger son proche : *« je voulais pas lui dire depuis quand il était mort, parce que savoir que son frère n'avait pas*



*attendu une heure de plus, et puis bon, il a bien fallu qu'il sache » 8. De la même manière, elle s'est retenue d'expliquer des détails sordides : « j'ai rappelé mon père en lui disant : écoute il vient d'avoir une complication, je lui ai pas raconté [...] Je refusais d'expliquer l'hématémèse, l'hypnovel, tout ça, j'ai refusé. Je leur ai juste dit il y a eu une complication, maintenant il est dans le coma [...] Je restais assez succincte dans mes explications parce que je, pareil je vivais ça par procuration et je me disais pour eux c'est tellement horrible, ils sont tellement impuissants » 8. A d'autres moments, elle a insisté sur certaines informations pour rassurer les proches communs : « pour que tout le monde s'imagine que ça allait plus se passer dans la douleur » 8.*

Ils expliquaient avoir agi ainsi car la situation des autres proches concernés leur semblait plus difficile que la leur : « j'ai essayé de tenir debout en me disant que ce que vivaient sa femme et son fils était incomparable par rapport à ce que je vivais moi » 8 « il était pas question que je dise que je craquais, que c'était horrible ce que je vivais enfin...encore une fois c'était horrible pour moi mais alors qu'est-ce que c'était pour son frère qui était au Vietnam, son fils et sa femme qui vivaient ça...en direct » 8 « ma situation est bien moins difficile à gérer que la sienne » 9.

Les internes concernés semblaient avoir choisi et accepté de mettre leurs ressentis en retrait : « de toutes façons, ben oui mes parents me demandaient si j'allais, je leur disais mais oui moi ça va » 8 « j'ai pris l'habitude aussi, pas à me blinder mais à me détacher [...] c'était un peu normal parce que j'étais dedans » 5.

Dans l'entretien 8, l'interne dit s'être autorisée à craquer, deux fois, mais uniquement devant des personnes qui lui semblaient moins concernées qu'elle : « y'a un moment où je me suis totalement lâchée c'est quand y'a de la famille du côté de ma mère qui est arrivée où là, eux, c'était moins grave que moi donc j'avais le droit de m'épancher auprès d'eux » « entre les deux j'ai quand même eu le temps de rappeler quelqu'un pour moi-même m'effondrer, en me disant... En fait c'est quelqu'un qui a pris de mes nouvelles [...] c'est de la famille de ma mère, qui m'a appelé en me disant comment tu vas, comment tu vas parce qu'on sait que tu penses des choses et, et là je me suis

*effondrée* ». Elle précise que ces moments ont été de courte durée : « *là je me suis effondrée physiquement, ça a pas duré longtemps puisqu'après on est retournés dans la chambre et là de nouveau je faisais, je faisais...* ».

Dans l'entretien 5, l'interne explique que l'entourage commun ne prenait pas en compte son vécu affectif : « *qu'il s'est jamais rendu compte que les questions qu'il pouvait me poser pouvaient me toucher personnellement* » « *j'avais les questions de ma mère, de ma tante, et finalement pas trop mais toi comment tu le vis quoi* ». L'entourage commun ne la considérait que comme l'interne : « *c'est quand même mon beau-père, prends le tact, parce que je me prends aussi le diagnostic dans la figure ... ils ont pas du tout intégré que j'avais le côté médecin et j'avais le côté famille et que ça pouvait être biaisé... quand ils s'adressaient à moi c'était vraiment au médecin quoi* » « *qu'il a pas du tout pensé que je pouvais avoir un vécu personnel à côté de mon vécu de médecin quoi* ». Elle expliquait qu'elle n'a pas su leur faire passer ce message : « *je leur ai jamais dit parce que j'ai jamais trouvé, la façon de leur dire... effectivement ils s'en sont jamais rendu compte mais je leur ai jamais dit* ».

### **3. Garder pour soi les informations et les inquiétudes**

#### **a. L'interne comprend différemment**

Dans plusieurs entretiens, il apparaissait que les compétences de l'interne lui permettaient de comprendre une situation et son pronostic : « *comme j'étais médecin je savais très bien que c'était la fin et qu'y en avait pour trois jours* » 8 « *moi j'suis là et je comprends tout, la famille comprend rien* » 8. Alors que le reste de l'entourage du proche malade recevait juste l'information : « *les gens à l'extérieur suivent le, enfin suivent le protocole qui est en cours, sans comprendre ce qui en est de la maladie, et toi tu le sais* » 7.

Pour les internes, certaines informations étaient le signe d'une avancée dans la maladie : « *là j'me suis dit non il est pas confus et déshydraté, il est encéphalopathe, et*

*l'encéphalopathie sur insuffisance hépatique terminale il en a pour trois jours » 8, avec la crainte des complications : « est-ce qu'on peut éviter l'hématémèse parce que pareil c'était un truc que je redoutais terriblement [...] il commence à se lever, à être inconfortable puis il se sent pas bien, il se sent pas bien et là, là j'ai dit non mon Dieu, non mon Dieu, non mon Dieu pas ça, donc il a fait l'hématémèse devant nous » 8, ou celle du passage à des soins palliatifs : « moi le vécu que j'ai eu difficile, c'est de comprendre ce qui est en train de se passer alors que tout le monde dit oh ben tiens on a changé de chimio... toi tu sais ce que ça veut dire » 7.*

Dans un cas, l'interne expliquait que les complications de la maladie de son proche permettaient à l'entourage de comprendre la situation, et d'arriver au même stade de compréhension du pronostic que l'interne : « à un moment donné son pronostic était engagé donc tout le monde à ce moment-là a compris finalement que, la gravité et tout ça donc heu là, je me suis dit ben voilà les gens comprennent différemment que toi, mais ils comprennent c'qui se passe quoi, voilà. T'as pas forcément besoin, avec des mots médicaux d'expliquer, ils ont compris [...] j'étais pas la seule à avoir compris que, que c'était grave et que finalement il pouvait mourir » 7.

Dans un autre cas, l'interne avait compris que dans une situation organisationnelle et non pas purement médicale, son proche n'obtiendrait pas gain de cause face aux médecins : « je me rendais compte que il était confronté à, qu'il allait pas gagner quoi, devant les médecins. Ils étaient confronté à quelque chose d'hyper rigide, c'était un petit peu de la toute-puissance du médecin c'est-à-dire que c'était sûr qu'ils allaient jamais réussir à, à débouler tous pour avoir une information claire, c'est sûr qu'ils allaient jamais obtenir des médecins un entretien particulier » 6.

#### **b. L'interne garde ce qu'il a compris pour lui**

Dans plusieurs entretiens, l'interne choisissait de garder pour lui sa compréhension de la situation : « toi tu sais ce que ça veut dire, et là de pas pouvoir le dire... » 7 « j'ai compris des choses que le reste de la famille n'a pas compris. On en a pas spécialement parlé, elle se doute bien que

*j'ai compris et voilà. Je tais les informations » 9 « la seule difficulté que j'ai eu c'est une difficulté interne de taire mes inquiétudes pour ne pas les transmettre, y'en avait déjà assez » 9.*

Dans un cas, l'interne avait un ressenti péjoratif de la situation rapportée mais il a choisi de rassurer son proche : *« j'me disais ça sent pas bon, et en fait je sais pas trop si ça sent vraiment pas bon pas, je suis pas capable de dire où en est Jaques et comment il va récupérer, et puis donc du coup je sais pas vraiment ce que ça signifie et je suis pris par un désir de rassurer Simon » 6.*

Plusieurs internes ont préféré ne pas partager leurs craintes, qu'ils ont eu du fait de leur connaissance de la maladie ou de leur expérience, et qui étaient donc inconnues du reste de l'entourage : *« c'étaient mes inquiétudes, mes inquiétudes médicales, donc mes inquiétudes c'était forcément sur un stade et donc un stade de l'extension ou des choses comme ça ou la récidive donc potentiellement des signes de gravité, je pouvais pas insister sur des signes de gravité vis-à-vis d'elle » 9 « on peut pas dire à son beau-frère ou à sa belle-sœur effectivement le pronostic je le sais c'est catastrophique je suis hyper inquiète... » 5 « comme elle n'avait visiblement pas été mise au courant de potentiellement l'effet persistant de certains effets secondaires de la radio chimiothérapie, c'était pas non plus à moi de l'annoncer ... là c'était la part, toujours question de non-dit, y'a des choses qu'on sait et qu'on, parfois on peut pas partager [...] arriver là-dessus comme un cheveu sur la soupe et dire oui mais la sécheresse buccale et les douleurs vont peut-être persister, c'est absolument pas, enfin c'est pas bien, et c'est pas à moi de faire ça, même si je sais que ça peut arriver [...] faut pas assener le coup de bambou directement, voilà elle avait d'autres choses à penser à ce moment-là, finalement là c'est, entre guillemets un moindre mal qu'elle gère au quotidien, et voilà c'est pénible mais ça se passe bien quand même » 9 « moi je garde un certain doute évidemment, parce qu'on sait que c'est pas toujours efficace, mais c'est pas à moi d'insuffler le doute dans la famille, donc ça, ça pour le coup je l'ai gardé pour moi » 9 « poser la question directement à l'intéressée, c'était mettre le doigt sur des risques et des potentielles complications donc, donc heu insuffler un doute dans son esprit » 9.*

Pour certains, il était préférable de se tourner vers des pairs pour partager leurs inquiétudes : *« faut trouver quelqu'un d'autre pour pouvoir le dire [...] des trucs de ressenti de médecin ou je sais pas où tu vas dire mince mais si ya la chimio j'espère qu'il va pas faire la mucite catastrophique avec, plus pouvoir s'alimenter enfin des trucs qu'on a vu et que tu peux décemment pas dire à la famille en disant, je suis inquiète parce que, s'il arrive plus à manger j'en ai vu c'était atroce enfin voilà, même si tu les soignes pas tu pourras pas leur dire » 5.*

Pour d'autres, la question s'est posée de partager ce qu'ils avaient compris, sans trop trouver de réponse : *« ils ont compris que, que c'était difficile et que voilà, qu'au niveau médical ça se passait pas bien, mais, du coup j'étais très mal par rapport aux amis, quand ils me demandaient qu'est-ce que c'est que la chimiothérapie, qu'est-ce que c'est les rayons, pourquoi maintenant on fait ça » 7 .* A ce moment-là, l'entourage commun pouvait percevoir que l'interne avait pris conscience d'une information : *« il a compris que pour moi, j'avais été interpellée par le fait qu'on passe d'une chimiothérapie intraveineuse à une chimiothérapie orale » 7.* Dans un cas, une complication avait permis à l'entourage commun de comprendre sans que l'interne ai eu besoin d'expliquer : *« une fois que moi j'avais compris, il s'est passé une semaine avant que y'ai eu cette complication qui a fait que tout le monde a compris » 7.*

#### **4. Un positionnement naturel, mais modifiable ?**

##### **a. Un positionnement instinctif**

Pour plusieurs internes, le positionnement de soignant pour leurs proches venait de façon instinctive et naturelle.

Pour l'un deux, la compétence donnée par la formation médicale le plaçait comme soignant vis-à-vis des autres membres de la famille : *«si on est médecin et que dans notre famille il y a des problèmes de santé, on a un peu un rôle de parents vis-à-vis des autres quoi parce qu'on connaît des choses de l'ordre des petits problèmes de santé » 10.* Pour une interne, son

positionnement était lié à sa compétence médicale et elle expliquait qu'elle avait pris ce rôle car personne d'autre dans son entourage n'avait cette compétence : « *c'est affreusement prétentieux ce que je vais dire, mais si j'avais l'impression que dans cette situation y'a quelqu'un qui pourra jouer mon rôle, je m'effacerais... Mais si j'avais l'impression que y'a personne qui peut assurer ce rôle-là, j'imagine que je recommencerais* » **8**.

Dans deux autres entretiens, les internes évoquaient une idée similaire, pour elles, les proches considéraient probablement naturel qu'on réponde à leurs questions médicales, sans se poser davantage de questions, ici aussi du fait de leurs connaissances : « *je pense que les proches en fait non, ils se posent pas la question. On est le médecin, on représente bah voilà le savoir, et l'expertise donc on doit savoir répondre à leurs questions... pour eux ça paraît naturel, c'est normal, parce que on est là, on sait donc heu il faut pouvoir dire les choses* » **3** « *c'était naturel quoi, enfin pour eux c'était, j'avais les réponses donc forcément je pouvais leur répondre* » **5**.

Dans les entretiens **5** et **7**, le soin instinctif des proches était également évoqué : «  *finalement tu les soignes un peu instinctivement* » **7**, avec en plus la notion qu'on soigne mieux les personnes qu'on apprécie, donc qu'on soigne mieux ses proches : « *avec votre famille, ben vous les aimez donc vous les soignez, enfin et vous les soignez bien* » **5**, comme on soignerait mieux des patients qu'on apprécie : « *les patients que j'aime pas je les soigne pas, je les prends pas... si j'ai pas d'empathie avec lui c'est pas possible* » **5**.

Dans l'entretien **8**, l'interne expliquait comment elle s'était trouvée impliquée, naturellement : « *c'est venu tout seul donc du coup, j'ai fait l'intermédiaire* » « *Je j'aurais, je pouvais pas rester chez moi il fallait que je reste auprès de lui* ». Elle expliquait qu'initialement il lui avait été demandé de se renseigner, mais qu'elle s'était impliquée volontairement par la suite : « *on m'a quand même demandé de faire quelque chose mais après toute la fin en fait de l'histoire je l'ai faite toute seule, sans réfléchir, j'aurais jamais pu faire autrement que c'que j'ai fait, et je le regrette pas* »

*mais, voilà ce que j'ai vécu après, personne ne m'y a forcé » « c'était dur c'était de soutenir les autres... Mais personne me l'a demandé, enfin je l'ai fait toute seule ».*

## **b. Être pris au piège**

Les deux internes qui se sont impliquées de façon importante, que ce soit sur un plan médical ou non, ont exprimé leur sensation d'être coincées dans leurs positions.

L'une (entretien 5) expliquait que la situation s'était installée progressivement : *« ça s'était fait petit à petit [...] maintenant ben j'y suis et bon, j'ai assumé jusqu'au bout » « ça s'est fait tellement progressivement, que le premier coup tu te dis bah oui j'ai fait bon bah on recommence, puis finalement t'es dedans » « malgré moi j'y glisse tout doucement et quand j'y suis, ben comme je sais pas dire non, ça s'incruste et ben voilà, à la fin c'est installé quoi ».* Elle insistait sur le côté insidieux : *« finalement t'y rentres sans t'en rendre compte, et puis petit à petit ça glisse et puis voilà [...] c'est hyper insidieux »*, sur le fait qu'une fois la situation installée, il est difficile de revenir en arrière : *« C'était pas évident à gérer mais ben j'étais dedans, et une fois qu'on est dedans, c'est un peu difficile de faire marche arrière quoi ».* Elle envisageait mal de transmettre un dossier complexe à un confrère : *« c'était appeler un médecin que je connaissais pas, c'est pas forcément un cadeau pour le médecin, de lui donner un patient en fin de vie qu'il connaît pas du tout ».* De plus, il lui semblait qu'elle continuerait à être impliquée dans la prise en charge, donc gagner peu à trouver un autre médecin référent : *« s'il faut que je lui dise tout le dossier, et puis que, quand on soigne un médecin on sait tous que, enfin on prend les décisions à 2 ».* Elle expliquait s'être interrogée sur le moment le plus judicieux pour passer la main, en sachant que celui-ci était déjà passé : *« à posteriori ou tu te dis ben à tel moment j'aurais p'tet pu passer la main ».*

Dans l'entretien 8, l'interne disait : *« j'ai été prise dans l'engrenage »*, suite à son positionnement instinctif : *« Une évidence absolue ».*

Dans l'entretien 10, l'interne disait d'une autre façon être coincé dans sa position de médecin, qui ne s'arrêtait pas avec les heures de travail, mais par laquelle il se sentait obligé d'utiliser ses compétences pour ses proches : « *c'est une perte de chances pour la personne si je lui donne pas le conseil, même si c'est en dehors de mon statut enfin on va dire de mon, même si je le fais en dehors de mes heures de travail en fait* ».

## 5. Une place privilégiée

### a. Position particulière par rapport au proche malade

Dans l'entretien 5, un des proches de l'interne lui avait clairement exprimé son souhait d'être soigné par elle quand il en aurait besoin : « *mon grand-père avait toujours dit en rigolant, j'attends que tu sois médecin pour être malade, c'est toi qui me soigneras plus tard* », ce qu'elle a fait quand il est devenu dément et pendant sa fin de vie, comme il le souhaitait : « *je l'ai fait parce que c'est ce qu'il voulait* ». Elle expliquait être restée dans cette position difficile pour respecter le souhait de son proche : « *je me suis beaucoup raccrochée en me disant que c'était ce qu'il voulait* ». Pour elle, ça a été sa façon d'être à la fois le proche et le médecin : « *j'ai vécu mon rôle de petite-fille en faisant ce qu'il voulait, bon ben c'était en étant son médecin, et c'était ma façon à moi d'être sa petite-fille* ». Mais elle expliquait aussi que la position double était source de discordances.

Dans l'entretien 8, le proche malade, lui-même médecin, avait fait part de ses dernières volontés à l'interne : « *il m'a parlé, en me donnant ses dernières directives avant de mourir. En me disant j'ai une mission pour toi... j'ai une requête* », mais n'a pas eu de demande médicale : « *je connaissais nos histoires de famille en fait il avait envie que j'en règle une partie avant qu'il meure... d'un point de vue médical il m'a jamais rien demandé* ».

Dans l'entretien 9, l'interne parlait de la complicité qui s'était créée entre sa proche malade et lui, pour l'attitude à adopter face à la demande d'informations des proches



communs : *« au tout début, parce que comme j'étais justement pas mal sollicité pour des informations j'en ai parlé avec elle, et on est tombés d'accord, enfin c'est ce que je lui ai demandé, je lui ai demandé l'autorisation d'expliquer les termes et la maladie générale du cancer... on est tombés d'accord, enfin c'est ce que je lui ait dit et puis de toutes façons c'est ce qu'elle voulait aussi, je ne donnerais pas d'information qu'elle n'ait, elle, donné avant ... Donc ça par contre ça a été la partie explicite ». Il évoquait aussi les informations partagées, entre le malade informé par son médecin, l'interne qui comprenait la situation, et le sous-entendu que ces dernières restaient entre eux : « Elle me l'a dit sous forme de, sans être explicite, ça se voyait que elle avait compris qu'il y avait un risque de récurrence locale, que moi aussi, que ça restait entre nous [...] j'ai compris des choses que le reste de la famille n'a pas compris. On en a pas spécialement parlé, elle se doute bien que j'ai compris et voilà. Je tais les informations [...] c'est de l'implicite ».*

Dans l'entretien 3, l'interne expliquait que le jour où son proche est tombé malade, cela s'est passé sous ses yeux. Ainsi son proche l'a sollicité d'emblée, car elle était présente et avait les compétences pour intervenir : *« j'étais la seule qui était là, et qui pouvait faire quelque chose [...] j'étais là. J'étais la seule dans les parages ».*

#### **b. Position particulière par rapport à l'entourage commun**

Deux internes disaient avoir eu une position privilégiée dans leur entourage du fait de leur qualité d'interne, qui leur permettait de comprendre les situations médicales : *« c'est toi qui rentre, y'avait qu'un accompagnant ils m'ont dit non c'est toi qui rentres parce que s'il ya quelque chose tu verras »* 5. L'un d'eux avait été mis en avant par rapport aux autres membres de la famille de ce fait : *« même si c'est les enfants, oui, voilà, ils ont tous attendu dehors, et moi à l'intérieur du SAS des urgences »* 5. L'autre interne expliquait que c'était plutôt son côté informations et explications médicales qui l'avait mis en avant : *« je pense que j'étais un interlocuteur plus privilégié... parce que j'ai un côté de renseignement que les autres ne pouvaient pas*

*avoir, et puis forcément un peu d'expérience sur le relationnel ... oui en ce sens j'ai probablement été un peu plus privilégié dans la famille » 9.*

Dans l'entretien 8, l'interne expliquait sa position de médiateur familial et pilier, mais expliquait que ce n'était pas lié au fait qu'elle soit interne : *« En tant que médiateur familial... pas du fait, du fait que j'étais médecin mais du fait de notre rapport, de notre lien familial [...] j'étais le médiateur aussi avec le reste de la famille et des amis proches [...] J'ai repris mon rôle... de pilier voilà »*. Elle racontait néanmoins qu'elle avait été amenée à expliquer la situation médicale aux personnes visitant son proche malade : *« quand les gens rentraient dans la chambre j'étais là, sur le pas de la porte en disant, soit je les connaissais, en leur disant tu sais, il est vraiment dans un sale état. Soit je les connaissais pas je leur disais je suis sa nièce, il va pas bien [...] à chaque nouvelle visite j'ai réexpliqué la situation »*. Et finalement elle expliquait que la compétence médicale apportée par sa formation a participé à la mettre dans cette position : *« j'avais tout qui était réuni pour faire que c'était à moi de gérer la situation. Et c'est vrai que cette façon de, cette capacité médicale de pouvoir interpréter ce qui se passait, bon ben y'avait que moi qui pouvais, enfin il y avait que moi, je me ramasse pas du tout les lauriers, c'est pas ce que je veux dire mais je pense que j'étais là au bon moment donc, je l'aurais pas fait différemment »*.

Toujours dans l'entretien 8, l'interne expliquait une autre raison de son positionnement en tant que médiateur : elle se substituait à un autre membre de la famille, éloigné géographiquement : *« mon père qui était au Vietnam et en fait j'avais voulu prendre sa place parce qu'il était pas là [...] j'ai voulu être là en procuration »*, elle l'avait dit au proche malade lui-même : *« faut que tu saches qu'il est là par, que je le représente aujourd'hui, qu'il est là pour toi, qu'il pense à toi »*. Elle expliquait qu'étant donné le désarroi du proche éloigné, il lui a paru normal de se substituer à lui : *« mon père qui était pas là pour l'accompagner à la fin, pour lui, il était en train de devenir fou dans un hôtel du Vietnam et que je devais bien ça pour lui quoi, voilà »*. L'éloignement de ses proches était une raison très importante l'ayant poussée à se

positionner ainsi, car elle précisait que s'il n'avait pas été éloigné, son positionnement aurait probablement été différent : *« si mon père avait été là, et ma mère est médecin, s'ils avaient été là tous les deux, je pense que j'aurais pas joué ce rôle-là. Mais là comme je voulais jouer aussi le rôle de mon père qui était pas là, je l'ai fait ».*

## 6. Reconnaissance du rôle de l'interne

### a. Par les proches

Deux internes ont parlé de leurs proches, qui avaient conscience des limites dans les réponses et dans les soins qu'ils pouvaient leur apporter. Dans l'entretien 1, l'interne expliquait que ses parents savaient ce qu'il en était car ils avaient suivi ses études de près. Dans l'entretien 3, l'interne avait répondu négativement aux sollicitations de son proche, qui initialement l'avait mal accepté, puis avait compris les raisons du refus de l'interne à le soigner : *« lui aussi ça l'a fait réfléchir, finalement il était OK par rapport à ce que je lui disais [...] la copine interne aux urgences elle en a rediscuté avec lui, et pareil elle lui a dit : « ben tu sais moi pareil, mes proches, je les soigne pas, donc je comprends tout à fait la position d' \_\_\_\_ du coup » lui ça l'a un peu conforté dans ce que je lui disais ».*

Dans un cas, les proches ont réalisé le rôle joué par l'interne, qui prenait sur elle, sur le coup : *« la famille de ma mère, qui m'a appelé en me disant comment tu vas, comment tu vas parce qu'on sait que tu penses des choses » 8*, et par la suite : *« c'est après en fait au fur et à mesure du deuil, des mois qu'ont suivi, les gens prenaient un peu de mes nouvelles, des amis qui venaient voir mes parents... Comment elle va ....parce que elle a vécu un truc pas facile » 8*. Ses proches lui avaient fait part de leur reconnaissance : *« ils me l'ont dit après et mon cousin, donc son fils, m'a exprimé sa reconnaissance infinie en me disant « mais c'est incroyable heureusement que t'étais là pour tout nous expliquer » [...] et il m'a dit après que j'avais été très rassurante, que ça l'avait rassuré, que ce que je lui avais expliqué l'avait rassuré » 8* *« y'a plein de gens qui m'ont dit des choses très fortes et très belles à propos de mon attitude » 8*.

## b. Par l'interne lui-même

Pour certains internes, les situations dans lesquelles ils ont été impliqués ont été l'occasion de prendre conscience du rôle que leurs compétences médicales leur ont permis d'endosser : « *Je suis contente du bagage d'interne que j'ai eu à ce moment-là [...] donc oui heureusement que j'étais interne aussi* » 8. Rôle par lequel ils ont aidé et soulagé leurs proches malades et leur entourage : « *et c'est vrai que je me suis dit ben si j'avais pas été médecin, je pense que je l'aurais vécu mais d'une façon différente et probablement que j'aurais pas autant aidé ma famille* » 8 « *Je pense que ce coup de fil là, si je l'avais pas eu, heu elle aurait été éminemment inquiète pour sa mère et évidemment elle aurait essayé de partager son inquiétude... ça aurait été forcément un peu, un rôle un peu plus pesant de l'entourage sur ma tante, ça c'est sûr* » 9 « *je l'ai peut-être un peu aidé dans la mesure où j'ai ptet recadré un peu les gens de la famille... Leur dire voilà, arrêtez de sur-interpréter tout ce qu'on vous dit* » 9. Dans un cas, l'interne expliquait n'avoir aucun regret car elle avait fait du mieux possible pour prendre en charge son proche malade : « *pour lui clairement j'me suis dit j'ai fait mon maximum, j'ai fait ce qu'il voulait [...] c'est plus difficile mais qu'en même temps on a moins de regrets aussi de se dire que ben on a fait le maximum* » 5.

## 7. Satisfaction

Plusieurs internes ont parlé du plaisir qu'ils ont eu à s'impliquer médicalement auprès de leurs proches : « *ça me fait aussi plaisir d'y aller* » 5.

Certains ont évoqué la fierté de leurs connaissances : « *ça fait de la fierté quand même, enfin je sais pas pour tout le monde mais moi quand je sais un peu, je suis très content quoi, je suis très fier de ça quoi* » 6, ou d'avoir fait le bon diagnostic : « *j'ai eu quand même la satisfaction après de me dire ben je me suis pas plantée [...] quand on s'est pas planté, on a quand même une satisfaction a posteriori quoi, donc déjà ça c'est pas mal, se dire oulala c'est bon, on s'est pas planté, on n'a pas fait n'importe quoi* » 3, et la satisfaction qu'ils ont retiré des réponses faites à leurs proches.

D'autres ont évoqué la satisfaction d'avoir été utile à leurs proches. Parfois pour les avoir rassuré : *« je l'ai quand même rassurée, et ça lui a fait du bien [...] enfin elle a pu m'appeler et me demander un peu ce que j'en pensais quoi [...] ça l'a vachement rassurée »*<sup>3</sup>. Parfois pour les avoir simplement aidé face à la situation vécue : *« j'avais été utile et que, c'est terrible mais j'ai été gratifié de cette situation puisqu'après, tout le monde est venu me remercier infiniment du rôle que j'avais joué »* <sup>8</sup> *« ça a un côté plutôt, plutôt même satisfaisant de se dire qu'on a réussi à aider la famille ... . Pas trop l'intéressée finalement, plus la famille »* <sup>9</sup> *« heureusement que j'étais médecin pour pouvoir leur expliquer »* <sup>8</sup>.

## VIII. Bilan des situations vécues

### 1. Retentissement

#### a. Retentissement sur le soin aux proches

Une interne expliquait que la situation avait été l'occasion de s'interroger sur le fait de soigner ses proches : *« cette expérience-là, ça m'a vraiment fait réfléchir au fait de soigner ses proches, si c'était possible, pas possible. Et si oui comment, dans quel cadre. Vraiment on se pose beaucoup de questions »* 3.

Une autre interne relativisait à présent les questions pour des pathologies bénignes après avoir été impliquée dans une fin de vie : *« suite à ça, j'ai énormément de mal à entendre les bobos de la famille. Enfin je veux plus entendre parler des problèmes de personne. Soit on a vraiment besoin de moi pour un truc vraiment très dur, pour comprendre une situation, je veux bien donner mon, je veux bien parler à un médecin, expliquer quelque chose. Par contre je, enfin j'ai du mal à soigner les gens de ma famille [...] avant c'était pas terrible, mais depuis ça... »* 8. Elle disait qu'avant cette expérience, elle répondait plus volontiers aux sollicitations de ses proches : *« je donnais plus facilement un conseil »* 8.

#### b. Retentissement sur la pratique médicale

L'expérience vécue avec ses proches a été utile à un interne lors de l'annonce d'une maladie chronique et il pense qu'il en gardera le bénéfice pour sa pratique future : *« c'était une annonce de diabète de type I chez l'enfant, alors c'est absolument pas le même pronostic évidemment, mais c'est vécu par les parents comme une maladie grave [...] effectivement à ce moment-là j'ai quand même repensé à ma tante, j'ai repensé à la famille, j'ai vu les yeux interrogateurs de la famille et je savais que, autour de cet enfant, y'aurait beaucoup de questions, beaucoup de choses qui seraient complètement fausses, qui seraient transmises d'un individu à l'autre avec une incompréhension majeure de la maladie en tout cas au début ... Effectivement j'ai pris du temps avec*

*cette famille ... Donc effectivement oui ça, en tous cas ça m'a un peu servi pour ce genre d'annonce, et ça me servira forcément en pratique de médecine générale » 9.*

L'expérience allait probablement changer la pratique d'un autre interne pour ce qui est de l'information médicale : *« ça va certainement changer [...] ça changera mon rapport à l'information dès que je connaîtrai mieux » 6* et il souhaitait ce changement : *« je voudrais que ça change quelque chose » 6*. Il expliquait accepter les sollicitations de ses proches également pour s'améliorer sur ce point : *« je manque pas du tout de savoir être je pense, je manque de savoir-faire. C'est pour ça que c'est toujours intéressant de laisser venir les sollicitations depuis les proches » 6*.

Dans l'entretien 8, l'interne disait que son expérience avait augmenté son empathie : *« ça m'a aidé dans l'empathie, quand les gens comprennent rien à l'hôpital »*. Elle expliquait qu'elle aura plus de patience qu'auparavant pour expliquer une situation médicale en milieu hospitalier : *« je me réfère à des situations où j'étais pas patiente avec les familles, et je pense que si je retourne à l'hôpital j'aurais beaucoup plus de patience et de gentillesse vis-à-vis des familles dont des gens qui sont très malades comme ça qui comprennent rien »,* qu'elle le faisait déjà en ville : *« maintenant c'est vrai qu'en consultation j'explique beaucoup plus les choses aux gens »,* et qu'elle en retirait de la satisfaction : *« je trouve que c'est agréable quand des gens nous disent merci docteur maintenant que vous m'avez expliqué, je comprenais pas »*.

## **2. Besoin d'échanger avec des pairs**

Deux internes ont évoqué le besoin qu'ils ont eu de discuter de la situation qu'ils vivaient avec un proche médecin. Une des internes expliquait qu'elle avait eu le besoin de *«pouvoir vider son sac avec un extérieur » 5*, pour ça elle s'adressait à sa tante médecin : *« j'ai ma tante qui est SOS médecins donc c'est vrai que quand j'ai eu des questions des choses comme ça, ça m'est arrivé une ou deux fois de l'appeler pour entre guillemets faire du balint » 5*. Choisir un interlocuteur médecin était lié au fait que ses connaissances médicales étaient responsables

d'inquiétudes que les non-médecins ne partageaient pas et qu'elle ne pouvait pas partager avec eux : *« des trucs de ressenti de médecin... enfin des trucs qu'on a vu et que tu peux déceimment pas dire à la famille »* 5. Pour pouvoir en parler il était plus adapté de se tourner vers un médecin, qui pouvait comprendre ce qu'il vivait : *« à partir du moment ou y'en a un de malade, on a pas les mêmes inquiétudes que les autres et on peut pas se faire rassurer par des gens qui, enfin, ni rassurer ni partager des angoisses »* 5.

Un autre interne avait discuté de la situation avec un proche médecin extérieur, mais dans le but d'avoir des explications médicales : *« c'est en discutant avec ma cousine, qui est médecin aussi...elle est en néphro, en cinquième semestre... qui est passée par la réa, donc elle m'a tout expliqué, et donc, je me suis trouvé, à nouveau objectif et neutre devant les médecins »* 6.

### 3. Recommandations

Plusieurs internes ont recommandé de se limiter aux conseils médicaux : *« tu peux être là en tant que conseil »* 4 *« je me positionnerais en tant que médecin expert qui doit les conseiller »* 10, aux orientations : *« les conseils ça, ça me dérange pas. C'est orienter les gens quoi parfois. Leur dire c'est urgent pas urgent quoi, un peu de régulation ça évite d'encombrer les urgences »* 3 *« des orientations, savoir s'il faut consulter ou pas un spécialiste »* 3 *« je pense qu'il faut orienter, ça c'est très important, parce qu'on a tous des correspondants »* 9, voire à l'éducation thérapeutique : *« rester dans le conseil médical, ça peut rester du conseil voire de l'éducation thérapeutique »* 10.

Mais deux internes mettaient un bémol aux conseils, qui peuvent être interprétés ou mal utilisés : *« que un conseil comme ça donné en l'air ça peut être pris, interprété comme une consultation et que en fait il faut aller au bout des choses et que c'est presque néfaste de donner juste un conseil comme ça [...] je préfère plus prendre de risques »* 8 *« et puis bon les conseils ça reste des conseils, après les gens ils en font ce qu'ils veulent »* 3. Un des internes racontait en avoir fait les



frais quand il a demandé à un proche de consulter pour quelque chose qu'il avait estimé bénin : « *tu dis que c'est pas grave, ça va partir j'ai pas besoin d'aller voir le médecin* » **10**.

Dans l'entretien **6**, l'interne proposait d'éliminer les urgences : « *débrouiller l'urgence [...] rassurer ou temporiser quoi* » et expliquait que ses proches qui le sollicitaient commençaient toujours par lui préciser la gravité redoutée : « *mes proches et mes amis savent que c'est pas grave, ils le savent bien, ils commencent d'ailleurs par le dire... comme y'a un peu une peur, ben ils en parlent, et donc là, débrouiller l'urgence c'est pour nous, et ensuite rassurer et ensuite envoyer chez le médecin traitant, refaire un point* ».

Une interne avait précisé qu'il fallait éviter de prescrire certains médicaments, comme la morphine : « *tu peux pas prescrire toi-même la morphine* » **4**.

D'autres internes pensaient qu'il ne fallait pas s'impliquer dans une prise en charge médicale d'un proche : « *pas des prises en charge* » **4** « *ne pas s'investir dans la prise en charge* » **9** « *d'éviter de soigner des proches au maximum* » **10**. Dans l'entretien **4** l'interne précisait qu'il fallait éviter de participer aux décisions médicales et de participer activement aux soins : « *être là mais sans être forcément prise de décisions [...] pas en tant que personne active dans les soins* ».

Plusieurs internes recommandaient de rester en retrait sur le plan médical : « *je pense que c'est dangereux qu'il faut avoir un œil extérieur* » **4** « *je veux bien, entre guillemets rejeter un œil après* » **5** « *je servirais d'intermédiaire mais je, je ne prendrais en aucun cas le rôle exclusif de médecin traitant sur eux* » **5** « *je pense qu'il faut rester en retrait, en tant que consultant-informations générales* » **9**. L'un d'eux pensait que ne pas respecter le travail du médecin soignant pouvait avoir des conséquences néfastes sur la prise en charge médicale du proche malade : « *intervenir dans une prise en charge et appeler directement les médecins qui s'occupent, ça c'est pour moi un peu de l'ingérence [...] la personne qui s'occupe du malade du coup se dit ah mince, il y a un*

*médecin, il faut que je sois opposable, donc ça devient, au lieu de faire pas forcément quelque chose qui était opposable mais quelque chose qui lui paraissait logique comme il l'aurait fait avec n'importe quel patient, on tombe sur du prudent et le prudent c'est pas forcément quelque chose de souhaitable » 9.*

Une interne qui avait été amenée à se positionner comme soignant référent disait qu'il fallait garder sa position et : *«ne pas se laisser entraîner » 5.*

Deux internes recommandaient, dans le cas où il y avait une implication dans la prise en charge médicale d'un proche, de ne pas prendre les décisions seul, mais avec l'appui et l'avis de confrères : *« qu'il faut ne pas être tout seul, en fait il faut pas prendre les décisions tout seul et il faut être avec un médecin référent autre que soit même » 4 « mais que en aucun cas je veux gérer toute seule, voilà » 5.*

## Résultats : récapitulatif

---

		Questionnaires	Questions libres	Entretiens
<b>Pourquoi</b>	<b>Interne</b>		Reconnaissance. Satisfaction personnelle. Place particulière auprès des proches.	Reconnaissance par les proches et par l'interne lui-même. Place privilégiée et complicité avec le proche malade. Être mis en avant par entourage. Positionnement naturel. Tradition familiale. Caractère polyvalent de la médecine générale. Selon la gravité : bobologie relève de l'interne. Pas de maladies graves ou chroniques.
	<b>Proches</b>		Demande conseil, avis, information médicale, traduction d'une situation médicale. Facilité d'accès aux soins. Rapidité, disponibilité. Traitement de faveur. Rassurance. Substitution au médecin traitant. Favoriser l'acceptation des soins. Eduquer à la santé. Aide à la navigation dans le système de soins. Carnet d'adresses. Meilleure observance. Détection de maladies.	Demande d'informations médicales. Traduction du langage médical. Facilité d'accès aux soins. Disponibilité. Traitement de faveur. Rassurance. Confiance. Parler plus librement. Problèmes de santé moins réels.
<b>Comment</b>		95% des internes confrontés et 60% des internes sollicités, plus fréquent après stage ambulatoire. 47% des internes déjà positionnés comme soignants, plus fréquent après stage ambulatoire. 60% des internes intervenus auprès d'un soignant. 55% des internes avaient refusé d'intervenir, plus fréquent après stage	Hyper sollicitation.	S'adapter au profil de patient du proche. S'adapter à la distance géographique. Prendre en charge l'entourage commun. Positionnements médicaux très variés : de rester le proche à être le médecin traitant. Trouver sa position face aux soignants : orienter, faire intermédiaire, faire équipe, compléter le

	<p>ambulatoire. 75% demandaient des informations médicales à leurs proches. 40% des internes avaient connu des situations marquantes. Situations aiguës, graves, ou complexes, plus souvent bénignes avant stage ambulatoire. Pour un parent, la famille par alliance, un frère ou sœur et un ami. Concernant domaines infectieux, cancérologique, cardio-pulmonaire et gastro-entérologique. Orientations et interrogatoire, puis ordonnances. Ordonnances pour médicaments simples</p>		<p>travail, les mettre à l'écart. Critique des soignants avec réserves pour préserver leur crédibilité.</p>
<b>Quels problèmes</b>	<p>91% difficultés pratiques : pathologie, examen clinique, interrogatoire, rapport au corps, prescription, certificats. 92% difficultés dans le vécu : manque d'objectivité, vécu affectif, peur de la maladie grave, obligation de réussite, limite des compétences, intrication vie privée-vie professionnelle, pudeur, retentissement sur relations avec l'entourage commun, opposition aux soignants, observance, secret médical.</p>	<p>Accepter la réalité de la maladie chez le proche. Augmentation du temps de travail. Consultation informelle : interrogatoire incomplet et examen clinique limité. Médecine approximative et retard diagnostic. Manque d'objectivité. Limite des compétences. Manque d'expérience. Manque de crédibilité. Remise en question. Absence d'accès aux informations médicales concernant le proche. Difficulté à adresser par manque de réseau. Inobservance. Intrication vie privée-vie professionnelle. Peur de décevoir. Peur de l'erreur. Exigence de résultat et attente de réussite des proches. Responsabilité. Difficulté à se positionner par rapport aux soignants et conflit possible.</p>	<p>Accepter la maladie de son proche. Violation de l'espace vital. Consultation informelle. Interrogatoire limité. Examen clinique réduit. Manque d'objectivité pour l'écoute et la prise en charge. Limite des compétences dans domaines spécialisés et en bobologie. Être médecin aux yeux des proches. Crédibilité. Sensation d'être testé sur les connaissances. Défaut d'information médicale. Trouver la bonne position entre interne et proche. Confusion des rôles. Responsabilité. Erreurs et conséquences sur la relation.</p>

		<p>Participer de façon active aux soins.          Informer sans inquiéter.          Prise en charge non adaptée.          Information mal interprétée.</p>	<p>Conflits avec médecins soignants.          Difficultés pratiques.          Situations éprouvantes.          Prendre sur soi, ne pas craquer.          Garder pour soi ses inquiétudes pour protéger les proches.          Être pris au piège dans sa position.</p>
<b>Quels retentissements</b>		<p>Se rendre compte de la position du patient.          Réaliser le manque d'information du malade et de son entourage.          Améliorer l'information des patients, être plus empathique et plus attentif aux questions organisationnelles.          Rester marqué.          Choix du type d'exercice futur.</p>	<p>Plus attentifs à la délivrance de l'information.          Plus empathiques.          Amélioration avec l'expérience ?          Réflexion sur le positionnement.          Besoin d'échanger avec des pairs.</p>
<b>Recommandations</b>		<p>Ne pas prendre en charge les proches.          Se retenir de prendre en charge les proches.          Donner l'information médicale.          Orienter.          Rechercher la gravité.          Prise en charge si urgence ou pour actes simples.          Respecter le travail de l'équipe soignante.          Donner un premier avis sans être prise de décision.          Respecter le secret médical.          Rester objectif.          Prendre du recul.          Rassurer le proche.          Garder sa place de proche.          Soutenir et accompagner.</p>	<p>Ok pour conseils, orientations, éducation thérapeutique.          Débrouiller les situations d'urgence.          Eviter prescription de psychotropes.          Respecter le travail du médecin soignant.          Pas de prise de décision seul.          Rester en retrait dans sa position de proche.</p>

Tableau 2- Récapitulatif : résultats des 3 méthodes

# Discussion

---

## I. Principaux résultats et comparaison à la littérature

Auteur, numéro d'appel dans le texte	Année	Population	Question	Méthode
Peltz-Aïm J., 1	2012	Région parisienne, médecins généralistes et autres spécialistes	Positionnement vis-à-vis des proches malades	22 Entretiens
La Puma J., 2	1991	Chicago, médecins d'un hôpital universitaire	Soins des membres de la famille	465 Questionnaires
Lhote M., 3	2011	Région parisienne, médecins généralistes et autres spécialistes	Soins d'un médecin malade	20 entretiens
Dagnicourt P., 5	2012	Angers, médecins généralistes	Soins des proches	16 entretiens
Madec N., 9	2010	Loire-Atlantique, conjoints de médecins généralistes	Prévention au sein de la famille	100 questionnaires
Cottreau S., 10	2011	Angers, médecins généralistes	Soins des parents	255 questionnaires et 10 entretiens
Masson L., 19	1996	Yvelines, médecins généralistes d'une association de FMC	Demande de soins des proches	47 questionnaires
Lasserre Cornec S., 20	2005	Lille, médecins généralistes	Soins des proches	111 questionnaires avec questions libres
Boscherel ép. Toumelin S., 21	2008-9	Rennes, médecins généralistes et leurs conjoints	Prise en charge de la famille	10 entretiens médecins + 10 entretiens conjoints
Vallerend V., 22	2009	Basse-Normandie, médecins généralistes maitres de stage	Soins de la famille	121 questionnaires
Bonvalot V., 23	2009	Var, médecins généralistes	Relation thérapeutique intrafamiliale	141 questionnaires
Castera F., 24	2005	Haute-Garonne, médecins généralistes	Médecin de la famille	100 questionnaires

Tableau 3- Récapitulatif des études antérieures



## 1. Questionnaires

L'échantillon étudié était constitué de 80,12% de femmes et plus de la moitié des internes répondants étaient en dernière année d'internat ou en semestre supérieur. 56,06% des internes avaient terminé leur stage ambulatoire de niveau I et pour 10,98% d'entre eux ce stage était en cours. La répartition des répondants selon leur avancée dans l'internat laisse penser que le sujet a plus intéressé les internes avancés dans leurs études, qui ont pu se sentir plus concernés.

### a. Fréquence des sollicitations

Plus de 95% des répondants disaient avoir été confronté à la maladie chez un de leurs proches, dont un quart de façon fréquente (plus de 6 fois). La confrontation à la maladie chez un proche était plus fréquente chez les internes ayant terminé leur stage de niveau I et ce, de façon significative.

Près de 60% des répondants disaient avoir été sollicités plus de 6 fois, seul un répondant disait ne jamais avoir été sollicité par un proche pour un problème de santé. **La fréquence des sollicitations était importante mais semble inférieure à celle que connaissent les médecins installés.** Dans l'étude de Masson [19], 98% des 47 médecins interrogés avaient été sollicités pour une prise en charge médicale, une ordonnance ou un certificat, et 100% avaient délivré une information ou un conseil médical. L'ensemble des 10 conjoints de médecins interrogés par Toumelin [21] disaient avoir sollicité leur conjoint pour eux ou leurs enfants. Les sollicitations étaient plus fréquentes chez les internes ayant terminé leur stage de niveau I, de façon significative. Nous pouvons imaginer que leur expérience et leur connaissance de la médecine générale de ville leur apporte plus de considération et donc plus de sollicitations de la part de leurs proches.

Dans notre étude, 42,94% des répondants ne s'étaient jamais positionnés comme soignant pour un proche et parmi ceux qui s'étaient déjà positionnés comme soignant, près de la moitié l'avaient fait rarement (moins de deux fois). En revanche, **les autres travaux réalisés en France sur le sujet chez les médecins installés, trouvaient que le positionnement comme soignant était beaucoup plus fréquent.** Le positionnement en tant que soignant était plus fréquent chez les internes ayant terminé leur stage de niveau I, de façon significative. Dans deux thèses, les médecins étaient soignants pour leurs proches de façon plus fréquente quand ils étaient plus âgés. Dans le travail de Lassere [20], 98% des 11 médecins généralistes acceptaient une prise en charge régulière (48%), occasionnelle (50%), ou étaient médecin traitant d'un proche (66%). Ce travail retrouvait que les médecins de plus de 50 ans soignaient plus leurs proches et étaient plus souvent médecin traitant de leurs proches que ceux de moins de 35 ans. Dans le travail de Toumelin également [21], plus le médecin était âgé, plus il prenait en charge ses proches. Il apparaît donc que les internes sont moins enclins à se positionner comme soignant pour leurs proches que les médecins installés.

Dans notre étude, les hommes semblaient plus concernés mais de façon non significative, mais **d'autres travaux observaient des différences hommes-femmes.** Dans la thèse de Vallerend [22], 96% des 121 médecins généralistes enseignants interrogés avaient déjà été soignants pour un proche. L'auteur constatait que les femmes étaient plus nombreuses à considérer qu'il ne faut pas soigner ses proches et elles soignaient moins leurs enfants. Bonvalot [23] interrogeait des Médecin Généralistes du Var, dont 81,56% avaient été médecin traitant d'au moins un membre de leur famille, 72% d'entre eux n'avaient pas d'hésitation à devenir le médecin traitant de leur proches, de façon statistiquement plus marquée chez les hommes que chez les femmes. Enfin chez Castera [24], la quasi-totalité des médecins généralistes interrogés avaient déjà soigné un membre de leur famille, et 50% d'entre eux

trouvaient normal de soigner ses proches. Les femmes étaient, elles, plus nuancées sur cette idée.

Deux tiers des répondants au questionnaire disaient être déjà intervenus auprès d'un autre soignant pour un proche et plus de la moitié d'entre eux l'avaient fait rarement (moins de 2 fois). Dans des études antérieures, **les médecins installés interrogés semblaient interagir avec les confrères soignant leurs proches, avec la même fréquence que les internes**. Vallerend s'était intéressé à cette question et avait remarqué que dans le cas d'un proche hospitalisé, 67% des médecins demandaient des nouvelles à leur confrère soignant et 78% s'intéressaient aux constantes et au traitement. En cas de désaccord avec le médecin soignant, un quart des médecins n'intervenaient pas, 52% en parlaient à leur proche et 16% en discutaient avec le médecin soignant [22]. Lasserre a également étudié la question, en cas de traitement par un confrère, 33% des médecins prescrivaient autre chose, 53% respectaient la prescription et 41% contactaient le médecin soignant [20].

55% des répondants à notre étude avaient déjà refusé d'intervenir sur le plan médical à la demande d'un proche. Pour près de la moitié d'entre eux ces refus étaient rares (moins de 2 fois). **La question du refus de soigner avait été posée dans plusieurs études, avec des réponses variables**. Les médecins ne refusaient jamais de soigner leurs proches dans l'étude de Toumelin [21]. Dans le travail de Masson [19], la proportion de refus était moindre (34%). Dans le travail de Lassere-Cornec [20], la proportion de refus variait avec le sexe de façon significative (51% des femmes et 24% des hommes). Il semble qu'il y ait une tendance à moins de refus à intervenir chez les médecins installés. A noter, dans notre travail les refus d'intervenir étaient plus fréquents chez les internes ayant terminé leur stage de niveau I, de façon significative, mais on ne retrouvait pas de différences entre hommes et femmes. On remarque donc que l'expérience apportée par l'avancée dans les études et la réalisation du

stage ambulatoire de niveau I pousse les internes à refuser plus souvent d'intervenir pour la santé de leurs proches.

Seuls un tiers des répondants au questionnaire avait déjà refusé de répondre à une question médicale d'un proche, et le plus souvent moins de 2 fois. Les demandes informatives sont donc plus souvent satisfaites que les demandes d'actions médicales.

Trois quart des répondants avaient déjà demandé des informations médicales à un de leurs proches. Les hommes semblaient plus concernés, sans différence significative. La majorité des internes ont donc la curiosité d'interroger leurs proches sur leur santé.

## **b. Situation approfondie**

### *i. Comment ?*

La situation choisie était une situation marquante pour 39,75% des répondants, la majorité de ces situations (76,79%) avaient eu lieu il y a plus de 3 mois et 46,43% d'entre elles avaient eu lieu il y a plus d'un an. Donc beaucoup de situations restent marquantes même après un certain temps. A l'opposé, 75,82% des dernière situations vécues avaient eu lieu il y a moins de 3 mois.

Les répondants ont choisi de parler le plus souvent d'une situation aigue, grave ou complexe. A noter, les situations marquantes étaient elles aussi le plus souvent aiguës, graves et complexes. Lorsqu'il était question d'une dernière situation, la gravité et la complexité étaient moins marquées. **Dans deux autres travaux, les médecins acceptaient d'intervenir en premier recours pour les soins courants et les urgences** [23] [20], **soit probablement les situations aiguës ou graves retrouvées dans notre étude.** Il semble que les internes étaient peu confrontés aux problèmes de santé chroniques, bénins et simples de leurs proches. **Comme dans notre étude, les médecins interrogés par Lasserre** [20] **acceptaient moins souvent de prendre en charge les pathologies chroniques.** De plus, il

notait que les médecins de plus de 50ans (61%) le faisaient plus que leurs confrères de moins de 35 ans (29%).

Dans notre travail, les internes n'ayant pas fait leur stage ambulatoire de niveau I ont rapporté plus de situations bénignes, de façon statistiquement significative. Ils sont possiblement sollicités ou impliqués pour des problèmes bénins du fait de leur courte expérience d'interne. A noter dans notre travail que les femmes ont rapporté plus de situations graves que les hommes, de façon statistiquement significative, ce qui est difficilement explicable. Castera [24] avait étudié la concordance des soins entre ceux délivrés à un proche et à un patient lambda, selon les caractéristiques de la situation : plus il y avait une gravité potentielle, plus la pratique était consensuelle.

Par ordre de fréquence, les situations concernaient : un parent, la famille par alliance, la fratrie, un ami, un grand -parent, une connaissance et un enfant. Dans les thèses réalisées chez les médecins installés, les proches concernés étaient plus souvent les conjoints, les enfants, puis les parents [19] [23]. Les différences peuvent être rapportées à l'âge des internes, ces derniers n'étant pas forcément en couple, ou parents, et au fait qu'ils sont encore étudiants, et ont possiblement quitté le nid familial récemment, en raison de l'insuffisance des revenus avant l'internat.

Les domaines médicaux concernés étaient, par ordre de fréquence : infectieux, oncologie, cardio-pulmonaire, gastro-entérologie, traumatologie, ORL, urologie, gynécologie, et pédiatrie. On note que les moins fréquents sont l'urologie et la gynécologie, domaines intéressant l'intimité, et la pédiatrie, en rapport de nouveau avec les caractéristiques démographiques de la population étudiée. Il aurait été intéressant de proposer le domaine de la psychiatrie, domaine sensible. Cette question avait été posée dans le travail de Lasserre-Cornec [20], et il apparaissait que les médecins plus âgés soignaient plus

les pathologies psychiatriques que les jeunes médecins, de façon statistiquement significative.

Les actions réalisées par les répondants ont été, par ordre de fréquence : orientations, interrogatoires complets, ordonnances de médicaments, ordonnances pour examens complémentaires, examens cliniques complets, vaccins, et certificats. On remarque que l'orientation est l'action la plus réalisée. L'examen clinique complet fait partie des actions les moins réalisées par les internes. Les internes qui avaient terminé leur stage ambulatoire de niveau I avaient plus souvent réalisé un examen clinique standard et fait des ordonnances pour des examens complémentaires, de façon significative statistiquement, probablement du fait de leur expérience plus longue et de la pratique de la médecine générale en ambulatoire.

78,81% des répondants n'avaient pas fait d'ordonnances de médicaments. Les principaux médicaments prescrits étaient des antalgiques et des traitements symptomatiques bénins, soit ceux demandant le moins d'implication médicale de la part du prescripteur. Dans le travail de Toumelin [21] également, il était noté que les prescriptions des médecins pour leurs proches étaient limitées, et la faible médication était appréciée par les conjoints. Il était montré qu'il y avait une transmission des habitudes de soin peu médicalisées à la famille.

66,95% des répondants avaient orienté leurs proches, le plus souvent vers l'hôpital, vers le médecin traitant ou vers un médecin spécialiste. Les autres études retrouvaient aussi des orientations, régulières pour 22% des médecins interrogés par Masson [19], parfois pour 69% et jamais pour 10%. On observait dans son travail que les médecins les plus expérimentés orientaient moins leurs proches. Les résultats de Bonvalot [23] allaient dans le même sens : aucun des médecins de moins de 40 ans interrogés ne prenait son proche en charge seul en tant que médecin traitant. Son travail trouvait également que les femmes

orientaient plus vers un autre médecin, tandis que les hommes prenaient plus leurs proches en charge seuls.

## *ii. Quels problèmes ?*

Des difficultés pratiques ont été rencontrées par 91,53% des répondants. On note que la première difficulté rencontrée par les internes était liée à **la pathologie**. On peut imaginer une relation avec les connaissances et compétences encore peu assurées des internes, et se demander si cette difficulté est autant rencontrée par les médecins installés. Ensuite venaient **l'examen clinique** et l'interrogatoire, soit la réalisation d'une consultation formelle. Dans plusieurs travaux de thèse réalisés on retrouvait la difficulté de l'examen clinique: Castera trouvait qu'il n'avait souvent pas lieu [24], il était problématique pour 54% des médecins interrogés par Lasserre [20], et était particulièrement difficile pour les grands-parents selon les médecins interrogés par Masson [19]. La difficulté de **l'interrogatoire** était évoquée et moins marquée quand la proximité était importante dans le travail de Masson [19]. La difficulté à réaliser des **certificats** était évoquée par une femme sur deux interrogée par Lasserre [20], qui refusait de les faire de peur d'être accusée de complaisance. Elle était peu rapportée par les internes qui y avaient peut-être été peu confrontés.

Les difficultés dans le vécu existaient pour 92,37% des internes. Les femmes craignaient plus **la gravité** que les hommes de façon statistiquement significative, mais nous avons vu plus haut qu'elles avaient rencontré plus de situations graves que les hommes. On peut imaginer que le fait d'être une femme rend plus sensible à l'éventuelle gravité. On peut également penser que la fréquence plus importante de ces situations fait qu'elles soient plus craintes par les femmes. **Le manque d'objectivité** était retrouvé dans plusieurs thèses : 75% des médecins interrogés par Castera déclaraient ne pas avoir de difficultés à être objectifs [24]. 46% des médecins interrogés par Lasserre pensaient être objectifs avec leurs proches, 47% craignaient de ne pas l'être et de banaliser la plainte, 15% craignaient de la maximiser

(principalement les jeunes médecins) [20]. Les médecins interrogés par Toumelin évoquaient également le défaut d'objectivité dans les situations anxiogènes, avec la crainte que ce défaut ne soit pas perçu par les proches [21]. La difficulté liée au **vécu affectif** d'avoir un proche malade était évoquée dans le travail de Toumelin comme un fardeau psychologique et une souffrance [21]. **La limite des compétences** était retrouvée dans le travail de Lasserre : les médecins interrogés insistaient sur l'importance de prendre conscience des limites liées à l'écart entre les intentions de soigner du médecin, et ses compétences [20]. On remarque dans notre étude que les internes ayant fait leur stage ambulatoire de niveau I rencontraient plus de difficultés avec **la pudeur** que ceux qui ne l'avaient pas fait, on peut se demander si la sortie du milieu hospitalier rend la pudeur plus importante. La question de la pudeur était traitée dans le travail de Bonvalot : pour les gestes médicaux de la sphère intime, les médecins orientaient leurs proches dans 81% des cas, alors qu'ils n'orientaient leurs patients que dans 21% des cas. De plus les médecins plus âgés semblaient plus enclins à se confronter à l'intimité de leurs proches [23]. **L'observance** était évoquée par les conjoints interrogés par Toumelin, qui avaient déclaré que les prescriptions étaient en général bien suivies [21]. Enfin on retrouvait la question du **secret médical** dans le travail de Bonvalot : 85% des médecins interrogés assuraient le respecter pour leurs proches [23].



## 2. Questions à réponse libre

### a. Autres difficultés pratiques et limitations dans la pratique

82% des internes n'ont pas rencontré d'autres difficultés pratiques que celles proposées dans le questionnaire, pour rappel : l'interrogatoire, l'examen clinique, le rapport au corps, la pathologie, la prescription et la réalisation de certificats.

D'autres internes ont évoqué la difficulté de la **consultation informelle**, revenant sur l'interrogatoire incomplet et l'examen clinique limité déjà proposés dans le questionnaire, avec le risque d'aboutir à une **médecine approximative** et de **retarder le diagnostic**.

D'autres ont évoqué ici **l'absence d'accès aux informations médicales** concernant le proche malade.

Enfin a été évoqué la **difficulté à adresser le patient-proche** à un confrère, et le fait que l'interne ne disposait pas encore pour cela d'un réseau de correspondants développé.

### b. Autres difficultés dans le vécu

L'inobservance, le manque d'objectivité, et l'intrication vie privée - vie professionnelle proposés dans le questionnaire ont été évoqués dans les réponses libres à plusieurs reprises.

La question de la limite des compétences a été évoquée et développée. Les internes y ont associé le **manque d'expérience**, et ont parlé des conséquences : un manque de **crédibilité** devant les proches malades et parfois le besoin de négocier pour faire accepter les soins. Pour certains, la limite de leurs compétences entraînait une **remise en question**.

L'obligation de réussite a été évoquée à plusieurs reprises, avec des déclinaisons : **peur de décevoir, peur de l'erreur** et de sa **culpabilité, exigence de résultats** et **attente de**

**réussite** de la part des proches. Les internes ont parlé également des sentiments d'obligation et de **responsabilité**, parfois sources de stress.

Les relations avec les soignants du proche ont été évoquées : la **difficulté à se positionner par rapport aux soignants**, la possibilité de **désaccord avec le médecin soignant**.

Le vécu affectif de l'interne a été évoqué à travers plusieurs points : **réaliser que la maladie est possible** chez son proche, vivre la situation d'avoir un proche malade, et qui décède parfois, **participer de façon active et éprouvante aux soins**, **rester marqué** par la maladie qu'a eu le proche, et focalisé sur un symptôme en particulier dans sa pratique par la suite.

Les internes ont évoqué une difficulté dans la réponse aux interrogations de leurs proches : arriver à **les informer sans les inquiéter**.

### c. Impacts et avantages pour la pratique des internes

25 internes estimaient qu'il n'y avait pas d'impacts sur leur pratique et 26 internes qu'il n'y avait pas d'avantages pour leur pratique médicale.

Les situations vécues ont été l'occasion pour les internes de **se rendre compte de la position du patient** et de **découvrir** quel pouvait être **le vécu de la famille**. Ils ont réalisé que le malade et sa famille sont victimes d'un **manque d'information**.

La maladie de leurs proches les a parfois poussés à **mettre à jour leurs connaissances** sur la pathologie en cause, et à être secondairement plus attentifs à certains symptômes.

Pour certains, avoir un proche malade a **augmenté leur temps de travail**, et leur a demandé de travailler en dehors de leurs lieux de travail habituels. Parfois cela les a forcé à s'arrêter de travailler pour consacrer du temps à leurs proches.

Ils ont parfois tiré de la situation vécue de la **reconnaissance**, de la **satisfaction personnelle**, ainsi qu'une place **particulière auprès de leurs proches**.

La situation a contribué quelques fois à une **orientation pour leur exercice futur** : choix d'un mode d'exercice ou orientation vers une spécialisation.

Suite à la situation vécue, beaucoup d'internes disent s'attacher à **délivrer une meilleure information à leurs patients**, se montrent **plus empathiques**, avec plus de compassion. De plus, ils disent être plus **attentifs aux questions organisationnelles** pour le malade et ses proches.

#### **d. Impacts et avantages pour les proches**

Certains internes ont indiqué ici qu'ils ne voyaient pas d'impact pour leurs proches à connaître un interne en médecine générale. De nombreux impacts et surtout avantages pour les proches ont cependant été évoqués.

Pour les internes, cela permettait à leurs proches de **demander un avis, un conseil, une information médicale** supplémentaire, ou la **traduction** d'une situation médicale. Les internes pouvaient leur permettre d'être **orientés**, et parfois même l'interne **se substituait au médecin traitant**. L'interne-proche pouvait aider à **l'acceptation des soins**, sensibiliser et **éduquer ses proches à la santé**.

De plus l'interne -proche permettait un **accès aux soins facile et rapide**. Il était **disponible**, se déplaçait à domicile parfois, et pouvait réaliser des ordonnances. Il permettait de profiter d'un **œil expert**, de façon gratuite. Il les aidait à **naviguer dans le système de soins** et leur donnait **accès à son carnet d'adresses**. Autrement dit c'était un accès à un **traitement de faveur**, par une personne qui connaissait les proches et leur était familière, en qui ils avaient confiance et qui serait plus honnête avec eux. Cela aidait à la confiance et permettait donc une **prise en charge plus adaptée**, avec une **meilleure observance**. Avoir un

interne dans son entourage permettait également de **détecter des problèmes** graves qui ne l'auraient pas été autrement. Au minimum, ils pouvaient profiter de la **réassurance** de quelqu'un qui connaissait et comprenait la situation, de son soutien, de son appui et de son réconfort.

#### e. Limites pour les proches

Certains proches étaient dans **l'hyper sollicitation** ou imposaient leur prise en charge à l'interne. A l'opposé certains proches n'osaient pas solliciter l'interne pour leurs questions de santé.

L'**information** délivrée par l'interne pouvait être **mal interprétée**. Parfois elle pouvait être source d'inquiétude pour les proches, quand l'interne était lui-même inquiet et leur transmettait ses craintes.

De plus un des risques de la **prise en charge** de son proche par l'interne et qu'elle ne soit **pas adaptée**.

#### f. Recommandations

Beaucoup d'internes ont recommandé de ne pas faire certaines actions : **ne pas prendre en charge** ses proches de manière générale, avec parfois l'idée de **se retenir** de le faire. Pour certains, il ne fallait pas le faire en particulier s'il s'agissait de personnes très proches, de situations graves, complexes, ou chroniques et même pour d'autres quand il s'agissait de problèmes de santé bénins.

En tant qu'internes, pour ce qui concerne l'action médicale, ils recommandaient de **rechercher la gravité, respecter le secret médical, rester objectif et respecter le travail de l'équipe soignante**. Ils conseillaient de prendre du recul et garder un œil sur la situation, rassurer le patient proche.

En tant qu'interne, dans l'information médicale, ils recommandaient de traduire **l'information médicale** et de la compléter. **Orienter** vers le médecin traitant ou vers les médecins de leur réseau, de façon systématique pour certains.

En tant que proche avant tout ils recommandaient d'être disponible, de garder sa position de proche, de soutenir et d'accompagner.

D'autres internes ont donné des recommandations quant à ce qui pouvait être acceptable dans la prise en charge médicale d'un proche: se limiter à un conseil, une orientation, ou un **premier avis mais sans être prise de décision**. Prendre en charge son proche en cas **d'urgence**, ou pour des **actes simples** : pathologies bénignes, renouvellements d'ordonnances, vaccinations.

### 3. Entretiens

Les 10 internes interrogés représentaient un panel large de la population des internes. Les semestres s'étaient du 3<sup>e</sup> semestre au semestre supérieur. On peut imaginer que les internes de première année ont moins été confrontés à ce type de situation, qu'ils se sont moins intéressés à la question et ne se sont pas proposés pour participer aux entretiens. De plus la majorité du recrutement a été réalisée par connaissance, donc auprès d'internes appartenant souvent à des promotions voisines de la mienne.

La proportion hommes-femmes prend la même tendance que celle de la population des internes de médecine générale actuellement, de façon probablement moins marquée.

Les situations médicales exposées étaient très variées, allant des situations bénignes à des maladies graves de pronostic sombre, reflétant bien l'ensemble des situations auxquelles un interne peut être confronté dans sa vie privée.

Les positionnements des internes face à leurs proches malades étaient multiples, certains écartant toute possibilité d'implication, d'autres à l'opposé, étant médecin référent et prenant en charge leur proche jusqu'au bout des soins palliatifs, et d'autres encore optant pour une position intermédiaire d'accompagnant plus que de soignant.

#### a. Les idées attendues

##### a. Pourquoi ?

Nous retrouvons plusieurs idées, évoquées dans la préparation de cette étude, que les internes interrogés ont qualifiées de motivations à leur implication et développées.

Le **positionnement naturel**, instinctif même, du fait de la compétence médicale, quand personne d'autre ne semble pouvoir prendre ce rôle. Pour 81% des médecins interrogés par Castera, il était naturel de soigner ses proches [24]. Avec en miroir l'idée que

pour les proches il était naturel que l'interne réponde. De plus, comme il était noté par Toumelin, les proches expriment naturellement leurs maux [21]. Un autre versant de ce positionnement était que certains s'étaient sentis pris dans l'engrenage de leur position.

La **tradition familiale**. Souvent quand la famille comportait d'autres médecins, des modes de fonctionnement étaient transmis. Dans certaines familles, il était normal que le médecin soit sollicité, dans d'autres, il n'y avait pas d'habitude du recours, dans d'autres encore, les médecins ne prenaient en charge que les problèmes bénins de leurs proches. Enfin, avoir vu un médecin impliqué dans des soins complexes pour ses proches pouvait décider l'interne à refuser toute implication.

La **particularité de la médecine générale**. Du fait de son caractère touche à tout, alors qu'un spécialiste ne serait sollicité que dans son domaine de compétences.

La **reconnaissance par les proches**, du rôle médical que peuvent prendre les internes dans des situations difficiles mais aussi de la limites de leurs possibilités d'implication. La reconnaissance par l'interne lui-même de la possibilité que lui ont donné ses compétences médicales à aider ses proches malades et son entourage. Être choisi comme médecin par des proches et pairs était en soi une reconnaissance d'après Lhote [3].

La **gratification** des internes. Parfois fiers de leurs connaissances, de faire un bon diagnostic, d'être utiles à leurs proches et de les rassurer. 46% des médecins interrogés par Vallerend avaient ressenti de la satisfaction à soigner leurs proches [22].

D'autre part, les internes ont évoqué les motivations suspectées de leurs proches.

La **facilité d'accès aux soins** : à la consultation médicale standard mais aussi en dehors des heures et des lieux de consultation classiques, avec l'idée d'un traitement de faveur parfois. De plus l'accès aux informations concernant un proche malade pouvait

également être facilité. Dans le travail de Toumelin ressortait le côté pratique, commode et confortable. Mais les conjoints de médecins qui avaient été interrogés avaient expliqué qu'ils évitaient d'imposer du travail supplémentaire à leurs proches médecins [21]. Lhote avait trouvé également l'existence de passe-droit pour les confrères-malades, avec des horaires plus souples. Les médecins qu'elle avait interrogés avaient évoqué spontanément les mêmes adaptations de prise en charge pour tous les proches de médecins [3].

Les **demandes d'informations médicales**, d'explications et de conseils étaient très fréquentes, pour tous les domaines médicaux. La demande émanait soit du proche concerné lui-même, souvent avant toute consultation, soit de l'entourage du proche concerné, qui n'avait pas reçu les informations délivrées au malade et avait des questions qui apparaissaient dans un second temps et auxquelles l'équipe soignante n'avait pas répondu.

La **traduction du langage médical** a souvent été demandée par les proches.

Pour beaucoup d'internes le **besoin d'être rassuré** motivait des sollicitations, et pour certains, il constituait leur principal rôle auprès de leurs proches. Parfois rassurer le proche malade sur la prise en charge des médecins soignants, et parfois rassurer l'entourage commun sur la prise en charge du proche malade. L'information médicale permettait souvent de rassurer les inquiétudes liées à l'incompréhension et la confiance des proches en l'interne lui permettait de les rassurer. Le besoin d'être rassuré et la confiance en l'interne étaient retrouvés dans les travaux de Toumelin [21] et Castera [24].

## *ii. Quels problèmes ?*

Les problèmes évoqués dans les recherches préliminaires à ce travail et retrouvés dans les entretiens étaient les suivants :



La « **violation de l'espace vital** » de l'interne, dont le travail dépasse les horaires et les lieux de travail. 86% des consultations pour des proches par les médecins interrogés par Bonvalot avaient lieu en dehors des heures de consultation et 70% en dehors du cabinet [23].

La **limite des compétences**, dans les domaines spécialisés, l'interne nécessitait alors de se renseigner, ou d'orienter son proche, parfois après lui avoir donné un premier avis. Les compétences faisaient aussi défaut dans le domaine de la bobologie, pour lequel les internes étaient désignés comme savants par leurs proches. Souvent ils n'avaient pas de réponse, mais donnaient des explications qui leurs semblaient logiques, ils craignaient alors de perdre leur crédibilité, par des réponses qui leurs semblaient insatisfaisantes. Cette lacune était attribuée à la formation médicale, centrée sur les pathologies graves et fréquentes, ou rares. Pour certains la formation médicale était insuffisante également pour apprendre à dispenser l'information médicale, moments sensibles où ils craignaient que leurs lacunes soient mises en évidence, avec parfois la sensation d'être testé sur leurs connaissances. Enfin il était souligné que les compétences augmentaient avec l'avancée dans l'internat.

Le **manque d'objectivité** pour prendre en charge son proche, entraînait des prises en charges différentes. Il modifiait également l'écoute des plaintes du proche, du fait des rapports existants avec celui-ci. Certains internes perdaient leurs moyens devant une demande d'information ou de soin par un proche. Parfois sûrs du diagnostic, ils préféraient croire qu'ils se trompaient. Parfois conscient du caractère adapté de la prise en charge des médecins soignants, ils préféraient soutenir leur proche mécontent. L'idée de tester son objectivité dans une consultation standard pour un proche était évoquée, avec l'idée que l'expérience améliore l'objectivité. Dans le travail de Lhote, il semblait que l'expérience aidait à améliorer la prise en charge des pairs : les médecins expérimentés étaient plus sereins [3].

L'existence de **conflits avec les médecins soignants** des proches. Les désaccords avec la prise en charge du médecin soignant étaient fréquents. Un médecin traitant non à jour

dans ses connaissances, non disponible, qui n'explore pas suffisamment, pas assez attentif à son patient, ou qui n'est pas confraternel avec l'interne-proche. Les médecins spécialistes ont été critiqués comme poussant à des examens injustifiés, informant mal les patients et les internes ont parfois émis des doutes sur leurs compétences. Enfin les équipes hospitalières avaient été critiquées pour une demande de positionnement médical à la famille, le défaut d'information fréquent, ou une prise en charge de l'entourage commun non adaptée. Les critiques étaient souvent faites avec des réserves, quand elles concernaient des situations rapportées, et du fait que les internes savaient qu'un interrogatoire est variable selon les intervenants. En général elles n'étaient pas partagées avec les proches pour préserver la crédibilité des soignants.

Les différents aspects de **la consultation informelle**, par téléphone, au domicile, sans matériel. L'interrogatoire évitait les questions intimes, et se limitait aux questions minimales, l'interne et le proche pensant parfois que les informations étaient déjà connues. L'examen clinique se limitait en général à des zones ciblées, non intimes, dans le but d'éliminer la gravité. Sur la question des honoraires les internes avaient principalement deux positions opposées : faire un acte médical rémunéré pour renforcer la relation médecin-patient standard, ou ne pas demander d'honoraires pour une consultation qui n'en est pas réellement une. Les internes étaient conscients que ce type de consultation ne donnait pas les bases de la relation médecin-patient. Certains s'obligeaient à faire un examen standard, dans un lieu standardisé pour éviter la consultation informelle, mais ils étaient conscients de la difficulté à le réaliser. 81% des médecins interrogés par Bonvalot avaient pour leurs proches un dossier médical, dont 77% étaient à jour. 92% des consultations pour leurs proches étaient gratuites [23]. Les mêmes interrogations existaient dans le travail de Lhote, dans lequel le « proche » était pourtant un confrère, donc plus sensible à ces questions [3].

Beaucoup d'internes ont eu des difficultés à **se situer entre les positions d'interne et de proche**, qui sont parfois contradictoires. Parfois la **confusion des rôles** était le fait des proches eux-mêmes, qui prenaient l'interne avec son bagage médical.

Pour plusieurs internes il a été difficile **d'accepter la maladie chez leurs proches** : la gravité potentielle, la nécessité de transférer en maison de retraite, qui s'accompagne en plus de culpabilité, la fin de vie, la souffrance, l'agonie, le suicide.

### *iii. Quelles recommandations ?*

Comme Fromme Ek et Al. [15], les internes conseillaient **d'accepter les options qui étaient « à faible risque »** : se limiter aux conseils, aux orientations et à l'éducation thérapeutique. Ils conseillaient **d'éviter les options qui étaient considérées comme à risque** : ne pas prescrire de médicaments « sensibles » comme la morphine.

Ils conseillaient également de **respecter le travail du médecin soignant**, de **débrouiller les situations d'urgence** et de **ne pas prendre de décisions médicales seuls**, comme le proposaient Tulsky et Al. [8].

Enfin certains recommandaient de **rester en retrait**, et de **garder sa position de proche**, comme dans beaucoup des articles étudiés.

## **b. Les idées émergentes**

### *a. Pourquoi ?*

D'autres raisons ont été évoquées par les internes.

D'une part les **avantages** pour le proche **de la consultation informelle** : les proches se sentaient plus libres de parler et elle rendait leurs problèmes de santé moins réels.

D'autre part la **gravité de la situation** peut participer à la décision d'implication : la bobologie était considérée comme relevant de l'interne, les maladies graves ou chroniques

étaient plus difficiles à prendre en charge mais en même temps il était difficile de refuser de s'impliquer quand une situation grave se déroulait sous leurs yeux.

En plus de la reconnaissance et de la satisfaction, les internes prenaient une **place privilégiée** pour leurs proches malades avec qui ils développaient souvent une complicité et pour leur entourage par lequel ils étaient souvent mis en avant du fait de leurs compétences médicales.

## *ii. Comment ?*

Les internes ont partagé leurs expériences, et nous ont permis d'observer comment se déroulaient ces situations.

- Prendre en compte les caractéristiques du proche et adapter son discours

Face à un **proche hypocondriaque** les internes devaient se montrer plus compréhensifs, et se sont parfois sentis utilisés. Il a été difficile de prendre en charges les proches « **mauvais patients** », non observants, ou ceux n'ayant aucune confiance en la médecine allopathique. La **pudeur** de certains proches devait être respectée et le défaut d'information dans ces cas devait être accepté. **L'éloignement géographique** limitait l'implication de l'interne. De plus les questions et inquiétudes étaient différentes selon l'âge des proches et leur proximité, avec le cas particulier des collègues et des personnes tout juste rencontrées. Selon les situations, les internes étaient amenés à répondre à des proches en détresse, demandeurs d'information en pagaille ou d'informations sensibles, qui ne prenaient pas en compte les limites de leurs compétences et de la confidentialité. De plus les internes ont répondu à des questions plus ou moins poussées selon les personnes qui les posaient.

- Se préoccuper de l'entourage commun

Il apparaît clairement que l'entourage commun demandait beaucoup d'attention dans le cas d'un proche malade. Pour certains, la gestion de l'entourage commun a été l'élément le plus compliqué de la situation. Parfois l'interne devenait un intermédiaire avec l'équipe soignante, il pouvait prendre le rôle de psychologue dans le cas de maladies graves et d'annonces diagnostiques. Le fait de solliciter le proche-interne pouvait créer des conflits entre l'entourage et le malade. Mais quand l'entourage ignorait la qualité d'interne, celui-ci envisageait de se présenter, pour les accompagner.

- Se positionner médicalement par rapport au proche

Les internes ont pris position de nombreuses façons sans être soignant pour leurs proches. Certains ont **gardé leur position de proche**, leur permettant de garder la même relation avec le malade que les autres personnes de l'entourage, mais nécessitant parfois de se mettre en retrait et de **se « retenir » de leur avis d'interne**. Cette position s'accompagnait du choix de ne pas parler de la maladie avec le proche et de ne pas se présenter comme interne à l'équipe soignante. D'autres internes décidaient de **ne pas interroger leurs proches sur leur santé**, de ne pas les accompagner en consultation, cherchaient toutes les façons **d'éviter de les soigner** et les avertissaient qu'ils ne seraient pas leurs soignants. Ces internes pensaient que leur rôle n'est pas d'être soignant, cependant certains acceptaient de conseiller leurs proches. Plusieurs internes **restaient en retrait**, mais **gardaient un œil sur la prise en charge de leurs proches**, voire parfois **les surveillaient activement**. Un interne mettait le doigt sur les problèmes de santé qu'il **dépistait**.

Certains internes avaient été **soignants**, une fois médecin traitant, dans des situations de soin de façon classique, dans l'urgence ou pour dépanner. Beaucoup d'internes avaient **réalisé des ordonnances** de médicaments ou d'examen complémentaires, mais simples, le plus souvent pour dépanner, et ne demandant pas de positionnement strict comme soignant.

Dans un cas la prescription avait été symbolique, dans le but de pousser le proche à consulter. Les internes évitaient de réaliser des certificats, en particulier sans consultation. Dans une situation c'est **l'équipe soignante qui demandait à l'interne son avis médical**. Enfin l'interne pouvait être assimilé à un soignant quand il **négoyait avec son proche** pour lui faire accepter une prise en charge médicale.

- Se positionner médicalement par rapport à l'équipe soignante

De nombreux internes ont **orienté** leurs proches vers un spécialiste, un service d'urgences, un service d'hospitalisation, qu'ils connaissaient parfois et en précisant leur lien avec le patient pour certains. L'interne a parfois eu un rôle d'**intermédiaire** entre l'équipe soignante, le proche malade et son entourage. Certains internes se sont présentés comme tels, ont été considérés comme tels et ont **fait équipe avec l'équipe soignante**. Quelques internes sont intervenus directement auprès du médecin soignant de leur proche, en tant qu'interne, pour lui apporter des informations qui leur semblaient utiles. Parfois les internes **complétaient la prise en charge** initiée par le médecin soignant par l'information, l'orientation, ou la prescription. Dans certains cas le **médecin traitant était mis à l'écart** du fait de l'intervention de l'interne. Plusieurs internes évoquaient leur **confiance dans les médecins traitants** de leurs proches, vers lesquels ils les orientaient volontiers, et dont ils veillaient à respecter les décisions. Des internes avaient été amenés à **prendre des avis** pour leurs proches, et d'autres à accompagner leur proche en consultation. Enfin les internes avaient aidé leurs proches à **naviguer dans le système de soins**.

### *iii. Quels problèmes?*

- Difficultés spécifiques à l'interne

Certains internes n'étaient pas des **médecins aux yeux de leurs proches**, selon l'avancée de leur internat, alors qu'eux arrivaient à se mettre dans la peau du médecin pour

leurs proches. Les internes n'ont pas d'ordonnancier propre ni de lieu de travail personnel et rencontraient des **difficultés pratiques** quand ils voulaient être soignants pour un proche.

- Responsabilité

Plusieurs internes craignaient de porter la responsabilité de décisions médicales pour leurs proches dans des situations aiguës, des suivis, mais également des pathologies bénignes, craignant une évolution défavorable et des conséquences sur leur relation avec le proche concerné.

- L'information médicale

Toutes les situations rapportées comprenaient des **lacunes dans l'information médicale** et beaucoup de difficultés en découlaient. D'une part l'information par les médecins soignants semblait insuffisante, le plus souvent mal comprise et interprétée, en particulier par l'entourage commun. Les internes réalisaient ces défauts, et avaient beaucoup à faire auprès de leurs proches. Ils devaient eux-mêmes se contenter d'une information limitée, rapportée, déformée, sans accès aux précieux éléments du dossier médical. La difficulté de ne pas avoir les informations pouvait pousser certains à s'impliquer pour leurs proches. Une autre conséquence était simplement la non-compréhension de la situation par les proches, qui ne réalisaient pas la gravité ou l'évolution péjorative d'une situation.

- Ressenti de l'interne

Le comportement des proches a parfois été **éprouvant**, les internes se sont sentis utilisés, vexés, hyper sollicités, et ont parfois culpabilisé. Plusieurs internes ont pris sur eux, ont supporté des situations difficiles en continuant d'accompagner leurs proches et en les protégeant, occultant certaines informations et insistant sur d'autres, ne s'autorisant pas à craquer, pour rendre la situation moins insupportable, considérant que les autres étaient plus touchés qu'eux. Du fait de l'information et de la compréhension parfois limitée de leurs

proches, les internes ont choisi de garder pour eux leurs inquiétudes médicales face aux situations graves qu'ils avaient repérées, pour protéger leurs proches. Parfois les internes se sont sentis pris au piège dans leur position, quand ils s'étaient progressivement impliqués de façon importante, sans forcément le réaliser, et qu'il était difficile de revenir en arrière pour reprendre leur position de simple proche.

*iv. Quels retentissements ?*

Dans leur pratique médicale en général, les internes disaient se montrer plus attentifs à l'information qu'ils délivraient aux malades et à leur famille et plus empathiques depuis l'expérience vécue. Par rapport à la pratique médicale pour leurs proches, vivre ces expériences leur a permis de réfléchir à leur positionnement, certains disaient relativiser les pathologies bénignes dorénavant.

Plusieurs internes ont évoqué le besoin de partager leur expérience avec des pairs, avec qui ils pourraient évoquer leurs inquiétudes médicales et les difficultés liées à leur position.

*v. Quelles recommandations ?*

On ne trouvait pas d'idées nouvelles dans les recommandations des internes.



## II. Synthèse des trois approches

### 1. Pourquoi ?

#### a. Pourquoi les internes soignent leurs proches ?

Les internes sont soignants de leurs proches par **positionnement naturel**, instinctif même. Ils veulent **être utiles** à leurs proches et les **rassurer**. Soigner leurs proches leur donne une **place privilégiée** pour leurs proches malades et leur entourage et leur apporte de la **reconnaissance** et de la **gratification**, et de la **fierté**. Le **caractère polyvalent de la médecine générale** leur donne souvent la possibilité de se positionner comme soignant, et parfois intervient la **transmission d'un mode de fonctionnement familial**.

#### b. Pourquoi les proches sollicitent les internes ?

Il peut sembler **naturel** aux proches que l'interne réponde à leurs sollicitations car il **détient l'information médicale** et **peut traduire le langage médical**. De plus, il permet d'avoir un **traitement de faveur** : un œil expert à disposition, et un **accès facile, rapide et gratuit au système de soins**. L'interne **rassure** le proche malade et son entourage, car il est aussi une **personne de confiance**, qui leur est **familière**, et avec qui la **confiance** devient plus facile. Le mode de **consultation informel** qui existe avec le proche-interne leur donne plus de liberté à s'exprimer et rend leurs problèmes de santé moins « réels ». Ainsi l'interne-proche aide à accepter les soins, à **sensibiliser** et **éduquer** ses proches à la santé, et il peut **détecter** des problèmes de santé. Au minimum les proches profiteront d'un **appui**, d'un **soutien** et d'un **réconfort** de la part de l'interne.

#### c. Dans quelles situations ?

La **gravité de la situation** semble participer à la décision d'implication : la bobologie est considérée comme relevant de l'interne, les maladies graves ou chroniques sont plus

déliçates à prendre en charge. Mais les questionnaires traitaient majoritairement de situations **aigues, graves ou complexes**, et les situations les plus marquantes avaient également ces caractéristiques. Les internes n'ayant pas fait leur stage ambulatoire de niveau I rapportaient plus de situations bénignes.

## 2. Comment ?

Plus de 95% des répondants au questionnaire avaient été confrontés à la maladie chez un de leurs proches, dont un quart de façon fréquente, et de façon plus fréquente chez les internes ayant terminé leur stage de niveau I, de façon significative. Un seul répondant disait ne jamais avoir été sollicité par un proche pour un problème de santé, et près de 60% des répondants l'avaient été fréquemment. Les sollicitations étaient statistiquement plus fréquentes chez les internes ayant terminé leur stage de niveau I. On note donc un tournant à partir du moment où l'interne met un pied dans la pratique de la médecine générale.

### a. Prendre en compte les caractéristiques du proche et adapter son discours

Les internes doivent s'adapter aux caractéristiques de leurs proches : les **hypocondriaques**, ceux qui sont dans l'**hyper sollicitation** et imposent leur prise en charge à l'interne, les « **mauvais patients** », non observants, ceux qui n'ont aucune confiance en la médecine allopathique ; les **pudiques** et ceux qui ne veulent pas les déranger. Les demandes sont plus ou moins poussées, pour certains en pagaille et sans limites, concernant parfois des informations sensibles, par des proches qui se sentent en détresse.

Les situations rapportées dans les questionnaires concernaient le plus souvent un ascendant, la famille par alliance, la fratrie, un ami, ou un grand-parent. Les inquiétudes des internes pour leurs proches variaient **selon l'âge, la proximité affective et l'éloignement géographique** qui limite l'implication de l'interne.

## b. Se préoccuper de l'entourage commun

L'entourage commun demande beaucoup d'attention dans le cas d'un proche malade et l'interne peut avoir à prendre un rôle d'intermédiaire avec l'équipe soignante, ou de soutien psychologique. Des conflits naissent parfois au sein de l'entourage.

## c. Positionnement médical par rapport au proche

Dans les questionnaires, les domaines médicaux concernés étaient, le plus fréquemment : infectiologie, cancérologie, cardio-pneumologie, gastro-entérologie, traumatologie, et ORL. L'urologie, la gynécologie et la pédiatrie étaient les moins fréquents. Les actions réalisées ont été des actions informatives le plus souvent : orientation et interrogatoire complet, puis des actes médicaux : ordonnances de médicaments, ordonnances pour examens complémentaires, examen clinique complet, vaccins, et certificats.

Des internes gardaient **leur position de proche**, nécessitant parfois de se mettre en retrait et de **se « retenir » de leur œil d'interne**. 42,94% des répondants au questionnaire ne s'étaient jamais positionnés comme soignant pour un proche, et 78,81% des répondants n'avaient pas fait d'ordonnances de médicaments.

D'autres internes évitaient par tous les moyens de soigner leurs proches : **ne les interrogeaient pas sur leur santé**, ne les accompagnaient pas en consultation, refusaient d'être leurs soignants. 55% des répondants au questionnaire avaient déjà refusé d'intervenir sur le plan médical à la demande d'un proche, le plus souvent de façon rare. Les refus d'intervenir étaient plus fréquents chez les internes ayant terminé leur stage de niveau I, de façon significative. Seuls un tiers des répondants avaient déjà refusé de répondre à une question médicale d'un proche, et le plus souvent moins de 2 fois.

Plusieurs internes **restaient en retrait**, mais **gardaient un œil sur la prise en charge de leurs proches**, voire **les surveillaient activement** et avaient un rôle de **dépistage**. Trois

quart des répondants avaient déjà demandé des informations médicales à un de leurs proches.

Enfin certains internes étaient **soignants de leurs proches, rarement** ils étaient médecins traitants avec une prise en charge complète, et parfois ils participaient aux soins. D'après le questionnaire, les internes ayant terminé le stage ambulatoire de niveau I réalisaient plus souvent un examen clinique complet. La moitié des internes qui s'étaient positionnés comme soignants l'avaient fait rarement, et le positionnement de soignants était plus fréquent chez les internes ayant terminé leur stage de niveau I, de façon significative. Les médicaments prescrits étaient principalement des antalgiques et des traitements symptomatiques bénins. Beaucoup **rédigeaient des ordonnances** de médicaments ou d'exams complémentaires simples, pour dépanner. Les internes qui avaient terminé leur stage ambulatoire de niveau I avaient plus fait des ordonnances pour des exams complémentaires, de façon significative statistiquement. Les internes évitaient de réaliser des certificats. **L'équipe soignante pouvait demander à l'interne son avis médical.** Enfin l'interne était assimilable à un soignant quand il **négoyait avec son proche** une prise en charge médicale.

#### **d. Positionnement médical par rapport à l'équipe soignante**

De nombreux internes ont **orienté** leurs proches vers des confrères. 66,95% des répondants au questionnaire avaient orienté leurs proches.

L'interne avait parfois eu un rôle d'**intermédiaire** entre l'équipe soignante et le proche malade et son entourage, ou avait fait **équipe avec l'équipe soignante**. Quelques internes intervenaient directement auprès du médecin soignant de leur proche. Deux tiers des répondants au questionnaire étaient déjà intervenus auprès d'un autre soignant pour un proche, plus de la moitié d'entre eux l'avaient fait rarement.

Parfois les internes **complétaient la prise en charge** initiée par le médecin soignant, qui était **mis à l'écart** dans certains cas. Plusieurs internes évoquaient leur **confiance dans le médecin traitant** de leurs proches. Des internes avaient été amenés à **prendre des avis** pour leurs proches, et d'autres à accompagner leur proche en consultation. Enfin les internes avaient aidé leurs proches à **naviguer dans le système de soins**.

### 3. Quels problèmes?

Les difficultés pratiques étaient rencontrées par 91,53% des répondants au questionnaire.

Les difficultés dans le vécu étaient également très fréquentes. Les femmes craignaient plus la gravité que les hommes de façon statistiquement significative. Les internes ayant fait leur stage ambulatoire de niveau I rencontraient plus de difficultés avec la pudeur que ceux qui ne l'avaient pas fait.

Dans les questionnaires, la situation choisie était une situation marquante pour 39,75% des répondants, la majorité de ces situations (76,79%) avaient eu lieu il y a plus de 3 mois et 46,43% d'entre elles avaient eu lieu il y a plus d'un an.

Il était difficile pour les internes **de réaliser et d'accepter la maladie chez leurs proches**.

Beaucoup d'internes, ont eu des difficultés avec la confusion de leurs rôles : **se situer entre les positions d'interne et de proche**. Certains n'étaient pas considérés comme des **médecins aux yeux de leurs proches**.

Le **manque d'objectivité**, avec le risque d'une écoute et d'une prise en charge inadaptées avait été rencontré par les internes. Les internes craignaient de porter la **responsabilité** de décisions médicales pour leurs proches, par peur d'une évolution

défavorable et des conséquences sur leur relation avec le proche concerné. Ils avaient un sentiment **d'obligation de réussite**, la peur de décevoir, la peur de commettre des erreurs et de se sentir coupables, face à des proches qui avaient une attente de réussite et une exigence de résultats.

L'**absence de limites dans les sollicitations**, à toute heure, en tout endroit, entraînait une augmentation du temps de travail des internes.

La **consultation informelle, source de médecine approximative et de retard diagnostique**, était parfois renforcée par les **difficultés pratiques** rencontrées par l'interne. La pratique des **honoraires** pour un acte médical n'était pas consensuelle.

Les internes étaient confrontés à la **limite de leurs compétences**, dans les domaines spécialisés et dans le domaine de la bobologie. Ils avaient la sensation **d'être testé sur leurs connaissances** et craignaient de **perdre leur crédibilité**. Ces lacunes étaient attribuées à la formation médicale ainsi qu'au manque d'expérience et entraînaient pour certains une véritable **remise en question**.

Les internes connaissaient des difficultés de **positionnement par rapport aux soignants** des proches, avec la possibilité de **conflits avec les médecins soignants, qu'ils soient** généralistes, spécialistes ou hospitaliers. Leurs éventuelles **critiques étaient émises avec des réserves** et n'étaient pas partagées avec leurs proches, dans le but de **préserver la crédibilité** des soignants.

Les internes avaient pris conscience du **défaut d'information médicale**. Ils avaient dû se contenter d'une information rapportée, insuffisante, mal comprise et interprétée, sans accès aux éléments du dossier médical. De plus, leur compréhension de la situation, différente de celles des proches, ne leur permettait pas de partager leurs inquiétudes. Ils

rencontraient des difficultés à informer leurs proches de façon claire, sans transmettre leurs propres inquiétudes.

Les internes avaient **éprouvé la participation active aux soins et le comportement de leurs proches**. Ils ont **pris sur eux**, considérant que les autres étaient plus touchés par la situation. Ils ont **gardé pour eux leurs inquiétudes médicales** face aux situations graves qu'ils ont comprises, pour **protéger leurs proches**, avec la **sensation d'être pris au piège dans leur position**.

#### 4. Quels retentissements ?

Vivre la maladie de son proche a été l'occasion d'une **réflexion sur leur positionnement** pour les internes. Depuis qu'ils ont eu un proche gravement malade, certains relativisent les pathologies bénignes.

Pour la pratique médicale en général, les internes ont pu **se mettre à la place du patient et de son entourage**, et ont pris conscience du défaut d'information médicale dont ils sont victimes. Par la suite, beaucoup sont **plus attentifs à l'information** qu'ils délivrent, **plus empathiques** et plus attentifs aux questions organisationnelles. Par ailleurs, la maladie des proches pousse à **mettre à jour ses connaissances** sur la pathologie en cause et parfois à être secondairement focalisés sur certaines maladies et plus attentifs à certains symptômes, qui ont été marquants dans l'histoire personnelle de l'interne. Ces situations ont parfois participé à une **orientation de leur exercice futur**.

Les internes ont évoqué le **besoin de partager leur expérience avec des pairs**.

## 5. Quelles recommandations ?

Les internes acceptaient les **actions d'information** pour leurs proches : les conseils, les avis, l'éducation thérapeutique, l'orientation avec leur réseau, et surtout le fait de traduire l'information médicale et de la compléter.

Ils évitaient tout acte médical engageant et ne voulaient pas prendre en charge leurs proches de manière générale.

En cas d'implication dans la maladie des proches, ils conseillaient de **débrouiller les situations d'urgence**, d'être le plus objectif possible et de **ne pas prendre de décisions médicales seuls**, de respecter le secret médical, de **dépanner** pour les situations et actes simples et de **toujours respecter le travail du médecin et de l'équipe soignante**.

Certains recommandaient de **rester en retrait** tout en ayant un œil sur la situation, et de **garder sa position de proche** : être disponible, accompagner, rassurer et soutenir.



### III. Limites et forces de l'étude

#### 1. Limites

##### a. Population

L'étude portait sur les internes du département de médecine générale de Paris-Diderot, la question se pose de savoir si les répondeurs sont représentatifs de l'ensemble des internes français et par conséquent si les résultats sont généralisables.

L'invitation électronique a été envoyée à tous les internes de la base de données du département de médecine générale, comprenant les remplaçants non thésés et les étudiants récemment thésés. Ainsi il est probable que certains répondants ne soient plus strictement internes.

Une des particularités de cette étude était qu'elle portait sur les internes d'un département de médecine générale de la ville de Paris. Selon l'Atlas 2012 de l'ordre national des médecins [16], la densité médicale en Ile-de-France était la 2<sup>e</sup> plus élevée de France : 362,4 médecins pour 100 000 habitants. La densité médicale moyenne était alors de 306,2 médecins pour 100 000 habitants, dont 157 médecins généralistes [17]. La présence de médecins actifs réguliers était très disparate d'une région à l'autre. Par exemple la densité médicale en Picardie est faible et en diminution : 237,1 pour 100 000 ; alors que la région Rhône Alpes est attractive et sa densité médicale en augmentation : 367,8 pour 100 000 [16]. Le recours au proche-interne est peut-être différent selon l'accessibilité aux soins de premiers recours, qui dépend en partie de la densité médicale, et donc de la région dans laquelle on pose la question.

De plus, les études auxquelles nous pouvons nous référer ont été réalisées auprès de médecins installés. Or la profession médicale ainsi que notre population étudiée évoluent.

D'une part, la profession se féminise : en 2009, 30,2% des omnipraticiens exerçant une activité libérale interrogés par l'INPES étaient des femmes, contre 21,5% en 2003 et 18% en 1994 [18]. D'autre part, on observe un vieillissement de la population médicale : 53,9% des médecins interrogés en 2009 avaient plus de 50 ans, contre 37,1% en 2003 et 12,3% en 1992 [18]. Et enfin les modes d'exercice évoluent vers un travail en groupe : 77,6% des moins de 40 ans exerçaient en cabinet de groupe contre 41,6% des plus de 50 ans [18]. Ces évolutions de la profession médicale nous indiquent les limites de la confrontation de nos résultats aux études antérieures, mais nous aideront à faire la lumière sur les différences et les spécificités de la question pour les internes.

## **b. Questionnaires**

Le questionnaire contenait des imperfections.

Nous avons choisi d'analyser les réponses selon le semestre de l'interne et la réalisation ou non du stage ambulatoire de niveau I (toujours réalisé au 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> semestre dans la population concernée par notre étude). Il aurait été aussi envisageable d'analyser les réponses selon l'âge des internes, indépendamment de leur avancée dans la formation médicale.

Dans la première série de questions explorant la fréquence des sollicitations, nous avons posé la question «depuis le début de votre internat». Pour mieux comparer les réponses entre les internes de semestres différents, il aurait été possible de préciser une période de temps fixe, comme par exemple : « pendant les six derniers mois ». En effet, la période qui s'étend du début de l'internat jusqu'au moment où le questionnaire a été complété est variable et est plus longue pour les internes en semestres plus avancés. Ces derniers ont donc pu être confrontés à des situations plus nombreuses, sans que la fréquence soit forcément différente. Le choix de proposer plusieurs groupes de fréquences (jamais,

moins de 2 fois, de 3 à 5 fois, plus de 6 fois) s'est révélé être fastidieux pour l'analyse statistique, car ils n'ont pas été utilisés tels quels du fait des effectifs, mais ont été regroupés.

Les questions sur la situation approfondie demandaient quel était le proche concerné. Initialement la réponse « grands-parents » n'avait pas été proposée. Elle a été ajoutée au questionnaire le 21 octobre 2011, suite aux remarques de répondants et après que 75 personnes aient déjà répondu au questionnaire.

Le nombre de sujets n'avait pas été déterminé, et la recherche d'indépendance entre les variables par le test du Chi 2 n'a pas pu être réalisée pour certaines questions, faute d'effectifs. Les effectifs auraient pu être déterminés à l'avance mais l'échantillon étudié était limité en nombre. Il aurait fallu que la participation soit plus grande.

Le choix du support électronique pour compléter les questionnaires ne permettait pas de corriger ou vérifier les erreurs de saisie.

### **c. Questions à réponse libre**

L'analyse des réponses nous a montré que certaines questions ont été confondues par les internes. Il semble que le terme « impacts » n'a pas été bien différencié des termes « avantages » et « inconvénients », qui effectivement pouvaient contenir les deux. Il apparaît que les internes n'ont pas identifié et différencié clairement les impacts, des avantages et des inconvénients. Choisir une autre formulation aurait probablement permis de rassembler les idées en une même réponse et non pas dispersées entre les différentes questions.

### **d. Entretiens**

Il existait un biais de recrutement des participants aux entretiens. Ils étaient soit volontaires, soit potentiellement intéressés par le sujet. On peut supposer que ces internes avaient donc un vécu marquant concernant le sujet. Par exemple, un d'eux avait confié en avoir « gros sur la patate » avant la réalisation de l'entretien. Un autre s'était proposé

simplement, disant vouloir dépanner, et avait également été confronté à une situation marquante.

On pouvait craindre un biais déclaratif, le sujet s'intéressant à l'intimité de l'interne et de ses proches. Se livrer à une personne que l'on sait mener une enquête pouvait être un exercice difficile. De plus le caractère semi-dirigé de l'entretien influait sur les déclarations de l'interrogé. L'intervention modifiait le discours de l'interrogé en l'incitant à aller vers des sphères qu'il n'aurait peut-être pas évoqué spontanément, au risque de perdre le fil de ses idées, qu'il n'aurait peut-être pas l'occasion de développer. Au fur et à mesure des entretiens, les premiers et les derniers interrogés n'ont pas eu la même qualité d'écoute et de guidage face à eux, par l'acquisition d'expérience de l'interviewer, ce qui a pu également influencer sur leurs déclarations.

A craindre également, un biais d'interprétation dans l'analyse. La signification première des phrases a pu être interprétée. Le risque était que certains verbatims soient utilisés pour illustrer une idée qu'ils ne servaient pas initialement.

Enfin, la question « particularité de la médecine générale » n'a pas été posée pendant les entretiens, les internes qui l'ont évoqué, l'ont fait d'eux-mêmes mais il aurait été intéressant de demander leur avis à chacun.

## **2. Forces**

Malgré ses limitations, notre travail a une envergure significative. Il associe trois méthodes d'approche complémentaires : les questionnaires, les questions libres et les entretiens approfondis. Ces différentes méthodes nous ont permis d'obtenir un matériel important pour l'analyse, et de faire des recoupements entre les résultats.

Les internes sollicités ont répondu en nombre suffisant aux questionnaires pour avoir des résultats pertinents. Ces résultats ont permis non seulement une analyse descriptive, mais également statistique, avec la découverte de différences significatives.

Les répondants se sont livrés dans les questions libres. Leurs réponses massives nous ont montré que la question les concernait déjà, et ils ont partagé leur réflexion sans retenue.

Dans les entretiens, nous avons la chance d'avoir eu un échantillon de positionnements divers, face à des situations très variées, et ayant amené les internes à des réflexions plus ou moins poussées, dans des orientations multiples. Le tout a apporté pour notre travail un matériel dense et très riche à analyser.

## IV. Perspectives

Plusieurs questions découlent de cette réflexion sur une relation médecin-patient particulière.

Etant donné la fréquence de ces situations, leur complexité et la variété des positions adoptables, l'idée d'une sensibilisation pendant la formation médicale est largement émise par les personnes s'étant intéressées au sujet. On peut s'interroger sur la forme et le contenu de cette sensibilisation, de façon à aider et guider les internes face à leurs proches malades.

Les internes peuvent être eux-mêmes patients, il serait intéressant de chercher comment ils se soignent et comment ils envisagent de le faire dans leur avenir. On pourrait se demander s'il existe une différence avec les pratiques des médecins installés, comme dans notre étude.

On note que la question suscitait beaucoup d'interrogations de la part des internes, on peut se demander si leurs proches avaient eu cette réflexion. Plusieurs internes pensaient qu'il était naturel pour les proches de les solliciter et qu'ils trouvaient normal que l'interne réponde. On peut s'interroger sur leurs attentes, leurs idées sur la question, qui avaient déjà été abordées dans une des thèses étudiées, chez les conjoints de médecins.

Il apparaît que le partage des expériences vécues avec des pairs pouvait soulager et aider les internes dans leur vécu de ces situations. La question de l'existence de cet espace de parole, orienté sur la vie privée, peut se poser.

Les expériences personnelles des internes par rapport aux maladies de leurs proches ont probablement un impact sur leur façon de soigner leurs patients. Un travail sur les corrélations entre expériences personnelles et pratiques professionnelles pourrait être utile même s'il semble complexe à mettre en place.

On observe jusque-là une évolution de la population médicale, et on découvre dans cette étude que les internes s'impliquent moins pour la santé de leurs proches que leurs aînés. Se pose la question de savoir s'il s'agit uniquement d'une question de maturation dans le cursus et la pratique. Une autre question serait de savoir si ce positionnement s'intègre dans l'acculturation des médecins (cursus caché [25]). On peut également se demander si la nouvelle génération de médecins est moins dévouée à la médecine ou s'il s'agit juste d'un souhait qui ne sera pas accompli avec l'avancée de la carrière médicale. De façon plus générale, quelles seront les caractéristiques des médecins de demain et comment envisageront-ils leur travail.

Enfin, les médecins malades [3] sont aussi, sur le plan professionnel, des « proches » pour les soignants qui les prennent en charge. Une mise en perspective de notre travail et des travaux concernant les soins aux médecins malades serait certainement féconde.

# Conclusion

---



Comme leurs aînés, les internes en médecine générale se positionnent et sont sollicités par leurs proches malades pour des questions médicales de tout ordre. Ils peuvent se positionner de manières très variées, mais quel que soit leur rôle, leur positionnement envers leurs proches malades implique la prise en charge de l'entourage commun. De plus, les internes apprennent à se positionner par rapport aux soignants de leurs proches malades. Ils tendent à respecter leur travail et sont attentifs à ne pas faire part de leurs éventuelles critiques, pour préserver la crédibilité de ces derniers.

On note une différence avec les médecins installés. Ces derniers sont déjà impliqués comme soignants pour leurs proches, jusqu'à être leurs médecins traitants de façon fréquente. Cette tendance paraît s'atténuer chez les médecins installés plus jeunes et il semble qu'elle diminue encore chez les internes. Les internes semblent plus frileux et plus réticents à s'impliquer pour la santé de leurs proches, ils sont encore à une étape où ils s'interrogent sur ce positionnement et vont vers une solution d'implication non engageante, quand leurs aînés sont déjà dans l'action avancée, de façon sereine. Le positionnement face aux proches malades semble évoluer, ce qui concorde avec l'évolution de la population médicale, sa féminisation et l'évolution des modes d'installation, qui préservent désormais un temps de vie personnelle en dehors du cabinet médical.

Il semble que la réalisation du stage ambulatoire de niveau I marque un passage. Les internes sont ensuite plus souvent confrontés et sollicités pour la maladie de leurs proches et sont plus souvent soignants pour ceux-ci. Les internes sont alors probablement davantage considérés comme de « vrais médecins » aux yeux de leurs proches et comme ayant dès lors les compétences nécessaires pour leur répondre. C'est à partir de ce moment qu'ils deviennent des médecins généralistes dans leur pratique, n'ayant fait que des stages hospitaliers jusqu'alors. On peut donc penser que cet effet est également lié à la compétence en médecine générale et à la polyvalence apportée par celle-ci.

La raison principale qui pousse les proches à la sollicitation, est que l'interne est détenteur de savoir médical et peut donc les informer. Il apparait clairement que cette information médicale est précieuse et fait grandement défaut au malade et à ses proches. La détention de ce savoir a pour autre effet l'isolement de l'interne dans sa compréhension et dans ses inquiétudes, rendant plus difficile son vécu face à un proche malade. Les groupes de pairs apparaissent alors comme l'unique échappatoire.

Les internes rencontrent des difficultés non connues des médecins installés, dans la position de soignants pour leurs proches. Ils ne sont pas systématiquement perçus comme médecin par leurs proches et sont confrontés à des difficultés d'ordre pratique, liées à leur statut de stagiaire. Les limites de leurs compétences, tant dans les domaines spécialisés qu'en « bobologie » sont source de remise en questions des internes et de leur formation médicale.

Au final, face à leurs proches malades, les internes recommandent d'informer et d'éviter les actes engageants. Rester en retrait dans leur position de proche leur semble être le meilleur choix. L'implication est une option pour dépanner dans des situations simples et bénignes, ou pour « débrouiller » l'urgence, mais ils insistent sur le fait de ne pas être seuls décisionnaires.

La confrontation aux problèmes de santé des proches enrichit l'expérience des internes de manière qualitative. En leur permettant de vivre la position des patients « de l'intérieur », elle les sensibilise à l'importance de l'information et de l'accompagnement des patients et de leur entourage. Enfin, la prise de conscience de ces problématiques et de l'intérêt de les travailler fait aussi partie du processus de maturation professionnelle des jeunes médecins dans la recherche de leur place en tant que personnes dans leurs relations avec leurs patients comme avec leurs proches.

# Bibliographie

---

- [1] Peltz-Aïm J., *Comment les médecins se positionnent-ils vis-à-vis des maladies de leurs proches ? Enquête qualitative auprès de 22 médecins exerçant en région parisienne*, 2012, Université Paris 7-Denis Diderot
- [2] La Puma J., Stocking C.B., La Voie D., Darling C.A., *When physicians treat members of their own families, practices in a Community Hospital*. The New England Journal of Medicine, 1991; 325 (18):1290-94
- [3] Lhote M., *Soigner un médecin malade: quelles spécificités? Etude qualitative auprès de médecins franciliens*, 2011, Université Paris 7- Denis Diderot
- [4] Krall E.J., *Doctors who doctor self, family, and colleagues*, Wisconsin Medical Journal, 2008; 107(6):279-284
- [5] Dagnicourt P., *Soigner ses proches, une attitude à raisonner? Réflexion sur les interférences entre la relation de soin et la relation préexistante par enquête qualitative*, 2012, Université d'Angers
- [6] Eastwood G.L., *When relatives and friends ask Physicians for medical advice: Ethical, Legal and Practical considerations*, Center for Bioethics and Humanities, Syracuse, NY, USA
- [7] Oberheu Keneth, MD., Jones James W., MD., PhD., Sade Robert M., MD., *A surgeon operates his son: Wisdom or Hubris?*, The annals of thoracic surgery 2007; 84:723-728
- [8] Tulskey J.A., Shuchman L., Snider Lois, JD, Dr Carroll, *Should doctors treat their relatives? Ethics case study*, ACP-ASIM Observer 1999
- [9] Madec N., *La prévention au sein de la famille du médecin généraliste, description à partir d'une enquête menée auprès de 100 conjoints*, 2010, Université de Nantes
- [10] Cottureau S., *Les médecins généralistes soignent-ils leurs parents ? (Père et mère) Réflexions sur les motivations pour ou contre cette pratique au travers d'analyses quantitative (255 réponses à un questionnaire) et qualitative (10 entretiens semi-directifs ciblés)*, Angers, 2011.
- [11] Schneck, S.A., « *Doctoring* » *doctors and their families*. Jama, 1998. 280 (23): p 2039-42
- [12] Code de la déontologie médicale, article R4127-4 du code de la santé publique, [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
- [13] Maillot M., *Caring for our own families*, Canadian Family Physicians, 2002. 48:546-547
- [14] Serment d'Hippocrate

[15] Fromme Ek, Farber N.J., Babbott S.F., Pickett M.E., Beasley B.W., *What do you do when your loved one is ill? The line between physician and family member*, *Annals of internal medicine*, 2008.149(11): 825-829

[16] Ordre national des médecins. *Atlas 2012*.

[17] INSEE., *Densité médicale France 2012*.

[18] INPES, Sous la direction de Arnaud Gautier., *Baromètre santé médecins généralistes 2009*.

[19] Masson L., *Le médecin généraliste face à la demande de soins de ses proches. Quelle est la demande ? Comment le médecin peut-il y répondre ? Quels problèmes cela lui pose-t-il ? L'expérience de 47 médecins généralistes installés en ville nouvelle*, 1996, Université Paris 5-Necker

[20] Lasserre Cornec S., *Soigner ses proches en tant que médecin généraliste*, 2005, Université de Lille II

[21] Boscherel ép. Toumelin S., *La prise en charge médicale de la famille du médecin généraliste (conjoint et enfants)*, 2008-9, Université de Rennes 1

[22] Vallerend V., *Quand le médecin généraliste soigne sa famille : enquête en Basse-Normandie*, 2009, Université de Caen

[23] Bonvalot V., *Médecin traitant de sa propre famille, différence de pratique dans la relation thérapeutique intrafamiliale, enquête auprès de médecins généralistes du Var*, 2009, Université de la Méditerranée, Faculté de médecine de Marseille

[24] Castéra F., *Le médecin généraliste, médecin de sa famille ? Enquête auprès de 100 médecins généralistes installés en Haute-Garonne sur les soins apportés à leurs proches*, 2005, Université Toulouse III

[25] Lempp H., *The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching*, *BMJ*, 2004, October 2; 329(7469): 770–773

# Annexes

---

## Annexe 1 – Invitation électronique à répondre au questionnaire

Bonjour

Nous avons été ou serons tous un jour confrontés à des questions de santé concernant nos proches.

D'une façon ou d'une autre, nous nous y impliquons ou pas, nous l'assumons sereinement et de manière optimale ou pas. Nous en sommes plus ou moins marqués.

La relation avec un proche malade peut être complexe, il est difficile de trouver la position juste entre celle de soignant et celle de proche.

L'objectif de cette thèse est d'apprécier le positionnement des internes par rapport aux problèmes de santé de leurs proches, de mesurer leur implication dans ces problèmes et de les aider à les gérer au mieux.

Pour répondre à ces questions, je vous propose un questionnaire anonyme en ligne, à l'adresse suivante :

Attention n'utilisez pas vos codes habituels mais les suivants:

nom d'utilisateur:

mot de passe:

Le présent logiciel est totalement anonyme, aucune donnée personnelle ne sera recueillie sur vous, les codes d'accès sont différents de ceux du site du DMG, afin qu'aucune identification ne soit possible.

Merci pour votre participation à ce travail !

Laura Marin Marin

## Annexe 2 – Questionnaire en ligne

- Numéro d'identifiant automatique
- Date d'inclusion automatique
- Sexe : homme, femme
- Semestre en cours : 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>, supérieur
- Stage ambulatoire : fait, non fait ou en cours
- Fréquence des sollicitations : moins de 2 fois, de 3 à 5 fois, plus de 6 fois
  - confronté à la maladie chez un de vos proches
  - sollicité par vos proches pour un problème de santé
  - en position de soignant pour un de vos proches
  - amené à intervenir auprès d'autres soignants pour l'un de vos proches
  - amené à refuser d'intervenir sur le plan médical à une demande de l'un de vos proches
  - amené à refuser de répondre à une question médicale d'un de vos proches
  - amené à demander des informations médicales à l'un de vos proches
- Demande de choisir une situation : marquante, la dernière
- Demande d'indiquer l'ancienneté de la situation choisie: moins de 3 mois, entre 3 mois et un an, plus de un an.
- Proche concerné : parent, fratrie, enfant, famille par alliance, ami, collègue, connaissance.  
Grands-parents ajoutés le 21/10/2011
- Domaine concerné : Infectieux, cardio-pulmonaire, gastro-entérologie, oncologie, urologie, gynécologie, traumatologie, pédiatrie, ORL, autre
- Type de pathologie : aigüe, chronique, bénigne, grave, simple, complexe
- Actions réalisées :
  - posé toutes les questions que vous auriez posées à un patient « standard » ?
  - réalisé un examen clinique complet adapté au problème (patient « standard ») ?
  - effectué des vaccins



- rédigé des ordonnances de médicaments
- rédigé des certificats
- rédigé des ordonnances pour examens complémentaires
- adressé à un autre médecin
- Ordonnances réalisées : non, renouvellement, antalgique, pilule, anxiolytique, antibiotique, traitement symptomatique bénin, autre
- Orientation réalisée : non, au médecin traitant du patient, à un spécialiste conseillé par vous, à un autre généraliste que le médecin traitant, à l'hôpital, autre
- Difficultés pratiques rencontrées : interrogatoire, examen clinique, rapport au corps, pathologie, prescription, certificat, aucune
- Difficultés affectives rencontrées : la pudeur, l'observance, le secret médical, la peur de diagnostiquer une pathologie sévère, le manque d'objectivité, les limites de votre compétence, l'obligation de réussite, l'opposition aux soignants de votre proche, les aspects affectifs, le retentissement sur les relations avec l'entourage commun, l'intrication vie professionnelle-vie privée, autre (texte libre)
- Pour les proches : impact, avantages, désavantages. Réponses à texte libre
- Pour l'interne : Impact, avantages, désavantages. Réponses à texte libre

## **Annexe 3 – Guide d’entretien**

### **Guide initial**

L’objectif de cette thèse est d’apprécier le positionnement des internes par rapport aux problèmes de santé de leurs proches, de mesurer leur implication dans ces problèmes et de les aider à les gérer au mieux.

En quel semestre es-tu ?

As-tu fait ton stage de niveau I chez le praticien?

As-tu déjà été confronté à une question de santé au sujet d’un de tes proches ?

Quel proche ? Quel type de pathologie? Que s’est-il passé ?

As-tu rencontré des difficultés ? Pour l’interrogatoire ? L’examen clinique ? Les ordonnances ? Les certificats ? L’observance thérapeutique ? Le secret médical ? La pudeur ? Le côté affectif ? Le manque d’objectivité ? L’entourage commun ? L’obligation de réussite ?

Quelle a été ton implication ?

Quel a été l’impact de cette situation sur ta pratique future?

A ton avis, le fait que tu sois interne, qu’est-ce que ça implique pour tes proches ?

Quelle seraient tes recommandations sur le sujet ? Pour toi, quelle serait la conduite à tenir « type » ?

### **Guide modifié**

Quel est ton parcours d’interne ?

Quelle est la dernière fois où tu as été confronté à un problème de santé chez un proche ?

Est-ce que tu t’es impliqué en tant qu’interne ?

En quoi ta prise en charge a-t-elle été différente ?

Quelles difficultés as-tu rencontré ?

Quels ont été les impacts sur ta pratique ?

Quelles seraient tes recommandations à un interne qui serait confronté à un proche malade ? Quelles conditions ?

## Annexe 4 – Tableau : notions organisées par entretiens

Groupes de notions	Notions entretien 1	Notions entretiens 2	Notions entretien 3	Notions entretien 4	Notions entretien 5	Entretien 6	Entretien 7	Entretien 8	Entretien 9	Entretien 10
<b>Être le médecin de son proche</b>	Examen clinique limité Lecture de résultats Ordonnances simples	Examen clinique du proche l'interne qui demande : interrogatoire	Acceptation des sollicitations pour questions bénignes, conseils et orientation Prescrire pour dépanner. L'interne qui « cède » Diagnostic d'une pathologie potentiellement grave Intervention de l'interne quand situation « sous ses yeux » Consultation informelle Consultation par téléphone Rémunération Limite des conseils Limites de l'examen clinique négociation avec le proche pour sa prise en charge	Explication des situations médicales Questions simples et conseils Examen clinique Ordonnances pour dépanner	L'interne médecin traitant Complément d'explications par l'interne L'interne qui fait hospitaliser son proche Examiner Traduction du langage médical aux proches Négociation avec le proche Particularité de la spécialité médecine générale	Explications médicales aux proches Explication du système de soins / des protocoles Sollicitation pour de la « bobologie » Eliminer l'urgence Ordonnance de dépannage Faux interrogatoire	Complément d'information de l'entourage Traduire le langage médical Rôle d'interne uniquement en dépannage Proposition de l'interne de consultation formelle Particularité de la médecine générale : globale Examiner comme un autre patient, complètement Eviter la consultation informelle Ordonnances de dépannage			
<b>Caractéristiques des proches</b>	Parents âgés, plus à risque Collègues	Le proche à tendance hypocondriaque	Le proche « mauvais patient »		Le proche hypocondriaque		Proche éloigné géographiquement		Eloignement géographique du proche	Questions de personnes rencontrées

		e / ses attentes Spécificité des demandes liées à l'entourage : couples jeunes avec enfants et parents âgés							malade L'interne sollicité par les collègues para médicaux pour une ordonnance	
<b>Relations avec autres personnels de santé</b>	Orientation vers le médecin traitant et le spécialiste Désaccord avec le médecin traitant Accord avec le médecin traitant MT mis à l'écart : prescription et interprétation des résultats avant lui Prise d'avis pour proches	Confiance dans les médecins des proches  Désaccord avec les médecins des proches L'interne qui consulte avec son proche Orientation vers un médecin		Maintien et respect du rôle du médecin traitant Ceil critique sur les spécialistes S'informer auprès des collègues	L'interne qui complète le travail du médecin traitant Adresser à un spécialiste quand limite des compétences Ceil critique de l'interne sur les spécialistes L'interne qui accompagne son proche chez le médecin Interne qui fait l'intermédiaire avec l'équipe médicale L'interne qui parle à l'équipe médicale dans l'intérêt de son proche Laisser les médecins soignants travailler Adresser son proche en précisant le lien médecin traitant mis à l'écart Désaccord avec le médecin traitant L'interne soulagé par la PEC par	Défaillance de l'information médicale par les hospitaliers Orientation vers le médecin	En tant que proche d'un malade, réaliser le manque d'information Critique de l'équipe soignante Orienter vers le MT/laisser la main respect du travail du MT Intervention auprès du MT	L'interne intermédiaire entre les médecins et les proches L'interne qui se présente comme interne à l'équipe soignante L'équipe soignante qui informe l'interne comme un médecin L'interne qui s'oppose à l'implication médicale des autres proches L'interne qui soulage l'équipe soignante orientation vers le spécialiste Orientation vers MT	Modification de la prise en charge suite à l'information du proche ? L'interne qui détecte un défaut de prise en charge d'un de ses proches Respect du travail du médecin traitant Réalisation du défaut d'information des patients par les médecins	Orientation vers un spécialiste Orientation vers le MT pour confirmation et prescription Avis chez le MT après avis de l'interne, confirmation Orienter vers le MT pour respecter le fonctionnement du système de soins

					d'autres médecins Demande de l'interne à ses proches d'avoir un médecin traitant					
<b>Attitude des proches</b>	Compréhension des limites	Le proche qui ne parle pas/ le proche pudique Situations créées entre les proches concernés Déni du proche Le proche qui utilise	Demande du proche « en détresse » le proche qui fait culpabiliser négociation avec le proche pour sa prise en charge Le proche favorisé dans le système de soin Acceptation et compréhension du refus de soigner par le proche L'interne, plus considéré comme un médecin que externe Vision de la position du proche par l'interne/évidence que l'interne soigne L'interne qui se sent utilisé	Proche non confiant dans la médecine se limiter aux conseils	Sollicitation des proches sans limites Les proches qui ne prennent pas en compte le côté affectif vécu par l'interne Confiance du proche en l'interne Réassurance du proche quand l'interne confirme L'interne, médecin aux yeux des proches Souhait du proche d'être soigné par l'interne/mission -promesse de l'interne	Critique des médecins hospitaliers par les proches Avis de l'interne pour rassurer Demande d'information	L'entourage commun qui ignore que le proche est interne demande de piston Demande d'arrêt de travail / de certificat Demande de conseils/ informations/d'avantages Avantage du soin par l'interne : connaît le patient	Demande d'information des proches communs Le proche malade qui donne ses dernières volontés à l'interne Mécompréhension des proches communs Les proches qui réalisent le rôle de l'interne L'interne qui se substitue à un autre membre de la famille	Le proche malade qui demande explications à l'interne L'entourage commun qui demande des explications Défaut de compréhension de l'entourage commun Déformation de l'information dans l'entourage commun le proche malade qui informe l'interne Soulagement des proches grâce aux compétences de l'interne Etre conscient que le proche ne donne pas forcément les mêmes informations à son médecin et à l'interne	Demande de conseils par un proche Demande de prescription par un proche Proche qui tient au courant l'interne Proche qui a du mal à considérer l'interne comme un médecin et inobservance Manque de compréhension par les proches Proche qui estime inutile de consulter après conseil de l'interne, malgré orientation Questions de personnes rencontrées Personne rencontrée qui demande une ordonnance Pour certains patients, plus facile de parler de leurs

										problèmes de santé de façon informelle
<b>Limites de l'interne, pratiques</b>	Difficultés pratico-pratiques Limite des compétences		Orientation quand question dans la limites des compétences Organisation en cas de demande/ de besoin- coté pratique Consultation informelle Consultation par téléphone		Consultation informelle	Limite des compétences médicales pour répondre, mise en difficulté	Limite des compétences	Limite des compétences	Limites de l'interne dans ses réponses à l'entourage commun	Limite des compétences de l'interne Prendre des ordonnances sur le lieu de stage
<b>Limites de l'interne, psychologiques</b>	Questions intimes Secret médical Manque de distance Limites examen clinique		Obstacles à l'objectivité : connaissance du proche Prise en charge du proche différente que celle du patient	Manque d'objectivité	Difficulté à se positionner Discordance entre le rôle de proche et d'interne	Difficulté de positionnement face à l'attitude rapportée des médecins hospitaliers Difficulté de l'interne à donner des informations due au lien affectif Influence des rapports sur l'information donnée et sur le discours	Positionnement entre rôle d'interne et de proche			
<b>Position de l'interne</b>	Interne qui surveille	L'interne vexé de ne pas être informé	L'interne qui n'arrive pas à soigner son proche L'interne qui ne veut pas prendre la responsabilité	Malaise devant le suicide d'un proche Facilité d'accès au service et à	Implication dans la fin de vie d'un proche Ne pas prendre en charge un proche seul Acceptation par l'interne de	Explications adaptées à la curiosité du proche Fierté En discuter avec un médecin	Compréhension de l'interne différente de celle des non-médecins Garder pour soi ce qu'on a compris Entourage commun	Compréhension de la situation par le proche interne L'interne qui prend position de façon	Maladie grave chez un proche L'interne qui n'intervient pas dans la prise en charge	Conseil des proches pour pathologies bénignes Refus de l'interne de faire une ordonnance

			<p>de soigner son proche L'interne qui se sent utilisé L'interne qui culpabilise / Recherche d'autres solutions pour ne pas prendre en charge soi-même son proche Satisfaction Réflexion suite à une expérience marquante Vision de la position du proche par l'interne L'interne : seule personne qui peut assurer</p>	<p>l'information médicale Choix de garder son rôle de proche L'interne qui surveille L'interne qui ne souhaite pas s'impliquer Ne pas soigner seul les proches</p>	<p>mettre de côté la part affective Interne mis en avant par rapport aux autres du fait de ses connaissances médicales Fatigue engendrée par la demande des proches-éprouvant L'interne qui se sent coincé dans sa position Quand / comment passer la main ? Soin « instinctif » des proches Avantages de l'interne Réponse de l'interne dépendant de la gravité Soigner un médecin = soigner le proche d'un médecin ? « Balint ». Parler avec des médecins, « qui nous comprennent »/ le médecin isolé dans son ressenti face à son entourage Garder pour soi ses inquiétudes face aux proches communs non médecins L'interne qui ne</p>	<p>Remise en question indirecte de la pratique de l'interne/ l'interne qui prend conscience des défauts de sa formation L'interne qui garde ses inquiétudes Ressenti de l'interne Difficulté de l'interne à donner explications aux proches et aux patients Explications selon les personnes Modification de la pratique suite à l'expérience vécue L'interne testé sur ses compétences L'interne qui ne cherche pas les infos Evidence qu'on ne soigne pas ses proches</p>	<p>Garder sa position de proche Faire avec les informations transformées, rapportées L'interne qui se renseigne sur son proche malade auprès de l'entourage L'interne qui se protège être capable de rester objectif ? test</p>	<p>naturelle L'interne pris dans la situation Position particulière de l'interne L'interne qui prend sur lui L'interne qui soutient l'entourage commun L'interne qui assiste à la souffrance de son proche L'interne qui protège les proches communs L'interne qui rassure l'entourage commun L'interne qui craque, devant des personnes « moins » concernées Annonce d'une mauvaise nouvelle Augmentation de l'empathie Relativiser les pathologies bénignes après une pathologie grave Satisfaction de l'interne L'interne qui</p>	<p>médicale L'interne qui se renseigne sur la maladie de son proche L'interne qui rassure Dans la maladie grave, effet rassurant de la prise en charge Sous-entendus entre l'interne et son proche malade L'interne qui craint les questions de pronostic L'interne qui garde ce qu'il a compris pour lui Aide à la gestion de l'annonce de la maladie grave par l'entourage commun Accord explicite entre le malade et l'interne sur l'attitude à adopter face à l'entourage commun Choix de l'interne de ne pas se renseigner auprès du médecin</p>	<p>examen clinique du proche incomplet Interrogatoire incomplet Interne qui se met dans le rôle du médecin pour son proche L'interne qui prescrit pour pousser son proche à consulter Rôle de conseil de l'interne Dépistage par l'interne, sensibilisation des proches Rôle de médecin en dehors des heures de travail L'interne qui détecte un problème chez un proche et qui en parle Faire une ordonnance à une personne rencontrée Orienter une personne rencontrée Faire une ordonnance pour soulager le proche / la personne rencontrée</p>
--	--	--	---	--	---	---	---	--	---	--

				<p>veut pas y croire Exigence médicale de l'interne pour son proche Facilité de navigation dans le système de soins Pas de traitement de faveur Proche grabataire. Culpabilité de la maison de retraite Caractère de l'interne, disponible Côté pratique du proche interne, facilité, dépannage Explications adaptés à chacun</p>			<p>explique aux proches L'interne qui s'implique dans le soin Précautions dans le conseil Demande de positionnement médical par les proches et l'équipe soignante</p>	<p>soignant l'interne qui se contente des infos qu'il a L'interne qui garde pour lui ses inquiétudes pour protéger son proche Acceptation de la demande d'explication par l'interne Satisfaction d'être utile L'interne interlocuteur privilégié parmi les proches Retentissement de l'expérience sur la pratique médicale : annonce d'une maladie L'interne embêté pour les sollicitations sur la bobologie L'interne qui ne cherche pas les informations médicales auprès de ses proches Orienter Aider ses proches face</p>	<p>Examen de la personne rencontrée, incomplet, pour éliminer gravité Examiner une personne rencontrée au domicile de l'interne Ok pour vaccination Demande de conseil avant consultation Prescrire de façon informelle, mieux que rien En faire plus pour pousser à la consultation Peur de l'erreur diagnostique et de ses conséquences, même pour pathologies bénignes L'interne qui demande des nouvelles Ne pas traiter ses proches Implication possible selon le niveau de gravité Capacité de l'interne à détecter des problèmes de santé Facilité d'accès au soin via</p>
--	--	--	--	---	--	--	---	--	---



									au système de santé Ne pas faire payer les proches pour un conseil médical Pas d'examen clinique Réalisation d'ordonnances simples	l'interne Raison des demandes informelles Soigner ses proches, « naturel »
<b>Entourage médical</b>			Enfant de médecin	Exemple de médecins dans la famille	Projet pour soins des enfants Modèle d'un proche dans le milieu médical	Exemples de médecins dans la famille Absence de sollicitations par les proches médecins		L'interne qui a un proche médecin et malade	Participation de l'entourage commun paramédical Seul médecin parmi les proches	Autres proches médecins Exemple d'un proche médecin qui refuse de s'impliquer

## Annexe 5 – Corrélations : fréquence des sollicitations

Fréquence		Femmes (n=129)	Hommes (n=32)	p- value	Stage ambu. non fait (n=64)	Stage ambu. Terminé (n=99)	p- value
Confrontations	Rare	53 (41,09%)	10 (31,25%)	0,31	32 (50%)	32 (32,32%)	<b>0,024</b>
	Fréquent	76 (58,91%)	22 (68,75%)		32 (50%)	67 (67,68%)	
Sollicitations	Rare	18 (13,95%)	3 (9,38%)	0,47	17 (26,57%)	9 (0,09%)	<b>0,004</b>
	Fréquent	111 (86,05%)	29 (90,63%)		47 (73,43%)	90 (90,91%)	
Position de soignant	Rare	94 (72,87%)	20 (62,5%)	0,25	52 (81,25%)	63 (63,64%)	<b>0,016</b>
	Fréquent	35 (27,13%)	12 (37,5%)		12 (18,75%)	36 (36,36%)	
Interventions auprès de soignants	Rare	94 (72,87%)	21 (65,63%)	0,42	51 (79,69%)	66 (66,67%)	0,071
	Fréquent	35 (27,13%)	11 (34,37%)		13 (20,31%)	33 (33,33%)	
Refus intervention	Rare	92 (71,32%)	25 (78,13%)	0,44	52 (81,25%)	66 (66,67%)	<b>0,042</b>
	Fréquent	37 (28,68%)	7 (21,87%)		12 (69,25%)	33 (33,33%)	
Refus réponse	Rare	113 (87,60%)	27 (84,38%)	N.V.	58 (90,63%)	84 (84,85%)	0,28
	Fréquent	16 (12,40%)	5 (15,62%)		6 (9,37%)	15 (15,15%)	
Demande information	Rare	68 (52,71%)	12 (37,5%)	0,12	33 (51,56%)	49 (49,49%)	0,80
	Fréquent	61 (47,29%)	20 (62,5%)		31 (48,44%)	50 (50,51%)	

N.V. : Non Valide

## Annexe 6 – Corrélations : type de situation

Type de situation	Femmes (n=127)	Hommes (n=32)	p-value	Stage ambu. Non fait (n=62)	Stage ambu. Fait (n=99)	p-value
Marquante	52 (40,94%)	11 (34,38%)	0,50	20 (32,26%)	44 (44,44%)	0,12
Dernière	75 (59,06%)	21 (65,62%)		42 (67,74%)	55 (55,56%)	

Type de situation		Femmes (n=118)	Hommes (n=27)	p-value	Stage ambu. Non fait (n=60)	Stage ambu. Fait (n=87)	p-value
Aigue	Oui	72 (61,02%)	17 (62,96%)	0,85	40 (66,67%)	50 (57,47%)	0,26
	Non	46 (38,98%)	10 (37,04%)		20 (33,33%)	37 (42,53%)	
Chronique	Oui	32 (27,12%)	8 (29,63%)	0,79	18 (30%)	23 (26,44%)	0,64
	Non	86 (72,88%)	19 (70,37%)		42 (70%)	64 (73,56%)	
Bénigne	Oui	22 (18,64%)	6 (22,22%)	0,67	17 (28,33%)	11 (12,64%)	<b>0,030</b>
	Non	96 (81,36%)	21 (77,78%)		43 (71,67%)	76 (87,36%)	
Grave	Oui	51 (43,22%)	3 (11,11%)	<b>0,0019</b>	20 (33,33%)	35 (40,23%)	0,72
	Non	67 (56,78%)	24 (88,89%)		40 (66,67%)	52 (59,77%)	
Simple	Oui	15 (12,71%)	3 (11,11%)	N.V.	8 (13,33%)	10 (11,49%)	0,74
	Non	103 (87,28%)	24 (88,89%)		52 (86,67%)	77 (88,51%)	
Complexe	Oui	44 (37,29%)	10 (37,04%)	0,98	25 (41,67%)	29 (33,33%)	0,30
	non	74 (62,71%)	17 (62,96%)		35 (58,33%)	58 (66,67%)	

## Annexe 7 - Corrélations : proche concerné

Proche concerné		Femmes	Hommes	p- valu e	Stage ambu.		p- valu e		
		(n=118) (nGP=68)	(n=27) (nGP=17)		Non fait (n=60)	Fait (n=87)			
Parent	Oui	40 (33,90%)	8 (29,63%)	0,67	17 (28,33%)	32 (36,78%)	0,29		
	Non	78 (66,10%)	19 (70,37%)		43 (71,67%)	55 (63,22%)			
Fratric	Oui	17 (14,41%)	2 (7,41%)	N.V.	10 (16,67%)	9 (10,34%)	0,26		
	Non	101 (85,59%)	25 (92,59%)		50 (83,33%)	78 (89,66%)			
Famille par alliance	Oui	32 (27,12%)	8 (29,63%)	0,79	17 (28,33%)	23 (26,44%)	0,80		
	Non	86 (72,88%)	19 (70,37%)		43 (71,67%)	64 (73,56%)			
Collègue	Oui	0	0	N.V.	0	0	N.V.		
	Non	118 (100%)	27 (100%)		60 (100%)	87 (100%)			
Ami	Oui	14 (11,86%)	4 (14,81%)	N.V.	8 (13,33%)	10 (11,49%)	0,71		
	Non	104 (88,14%)	23 (85,19%)		52 (86,67%)	77 (88,51%)			
Grand- parent	Oui	13 (19,12%)	4 (23,53%)	N.V.	7 (11,67%)	n= 60	10 (12,20%)	n= 82	0,92
	Non	55 (80,88%)	13 (76,47%)		53 (88,33%)	72 (87,80%)			
Enfant	Oui	1 (0,85%)	0	N.V.	0	1 (1,15%)	N.V.		
	Non	117 (99,15%)	27 (100%)		60 (100%)	86 (98,85%)			
Connais sance	Oui	2 (1,69%)	1 (3,70%)	N.V.	1 (1,67%)	3 (3,45%)	N.V.		
	Non	116 (98,31%)	26 (96,30%)		59 (98,33%)	84 (96,55%)			

## Annexe 8- Corrélations : Actions réalisées

Actions réalisées		Femme (n=118)	Homme (n=27)	p- value	Stage ambu. Non fait (n=60)	Stage ambu. Fait (n=87)	p- value
Interrogatoire standard	Oui	43 (36,44%)	12 (44,44%)	0,44	23 (38,33%)	33 (37,93%)	0,96
	Non	75 (63,56%)	15 (55,56%)		37 (61,67%)	54 (62,07%)	
Examen clinique standard	Oui	14 (11,86%)	1 (3,70%)	N.V.	2 (3,33%)	14 (16,09%)	<b>0,015</b>
	Non	104 (88,14%)	26 (96,30%)		58 (96,67%)	73 (83,91%)	
Vaccination	Oui	9 (7,63%)	1 (3,70%)	N.V.	2 (3,33%)	8 (9,20%)	N.V.
	Non	109 (92,37%)	26 (96,30%)		58 (96,67%)	79 (90,80%)	
Ordonnance médicament	Oui	19 (16,10%)	6 (22,22%)	N.V.	8 (13,33%)	17 (19,54%)	0,32
	Non	99 (83,90%)	21 (77,78%)		52 (86,67%)	70 (80,46%)	
Ordonnance examens	Oui	19 (16,10%)	4 (14,81%)	N.V.	5 (8,33%)	18 (20,69%)	<b>0,043</b>
	Non	99 (83,90%)	23 (85,19%)		55 (91,67%)	69 (79,31%)	
Certificat	Oui	4 (3,39%)	1 (3,70%)	N.V.	0	5 (5,75%)	N.V.
	Non	114 (96,61%)	26 (96,30%)		60 (100%)	82 (94,25%)	
Orientation	Oui	19 (16,10%)	4 (14,81%)	N.V.	36 (60%)	52 (59,77%)	0,98
	Non	99 (83,90%)	23 (85,19%)		24 (40%)	35 (40,22%)	

## Annexe 9- Corrélations : Prescriptions réalisées

Type d'ordonnances		Femmes (n=92)	Hommes (n=24)	p-value	Stage ambu. Non fait (n=47)	Stage ambu fait (n=71)	p-value
Ordonnances réalisées	Oui	19 (20,65%)	6 (25%)	0,64	8 (17,02%)	17 (23,94%)	0,37
	Non	73 (79,35%)	18 (75%)		39 (82,98%)	54 (76,06%)	
Renouvellement	Oui	3 (3,26%)	2 (8,33%)	N.V.	3 (6,38%)	8 (11,27%)	N.V.
	Non	89 (96,74%)	22 (91,67%)		44 (93,62%)	69 (88,73%)	
Antalgiques	Oui	11 (11,96%)	4 (16,67%)	N.V.	3 (6,38%)	12 (16,90%)	0,093
	Non	81 (88,04%)	20 (83,33%)		44 (93,62%)	59 (83,10%)	
Pilule	Oui	4 (4,35%)	0	N.V.	2 (4,26%)	2 (2,82%)	N.V.
	Non	88 (95,65%)	24 (100%)		45 (95,74%)	69 (97,18%)	
Anxiolytiques	Oui	2 (2,17%)	0	N.V.	1 (2,13%)	1 (1,41%)	N.V.
	Non	90 (97,83%)	24 (100%)		46 (97,87%)	70 (98,59%)	
Antibiotiques	Oui	3 (3,26%)	1 (4,17%)	N.V.	0	4 (5,63%)	N.V.
	Non	89 (96,74%)	23 (95,83%)		47 (100%)	67 (94,37%)	
Traitements symptomatiques	Oui	7 (7,61%)	3 (12,5%)	N.V.	3 (6,38%)	7 (9,86%)	N.V.
	Non	85 (92,39%)	21 (87,5%)		44 (93,62%)	64 (90,14%)	

## Annexe 10 – Corrélations : Orientations

Orientation		Femme (n=92)	Homme (n=24)	p- value	Stage ambu. Non fait (n=47)	Stage ambu. Fait (n=71)	p- value
Médecin traitant	Oui	22 (23,91%)	6 (25%)	0,91	15 (31,91%)	13 (18,31%)	0,09
	Non	70 (76,09%)	18 (75%)		32 (68,09%)	58 (81,69%)	
Médecin spécialiste	Oui	21 (22,83%)	7 (29,17%)	0,52	12 (25,53%)	16 (22,54%)	0,71
	Non	71 (77,17%)	17 (70,83%)		35 (74,47%)	55 (77,46%)	
Médecin généraliste autre	Oui	1 (1,09%)	1 (4,17%)	N.V.	1 (2,13%)	1 (1,41%)	N.V.
	Non	91 (98,91%)	23 (95,83%)		46 (97,87%)	70 (98,59%)	
Hôpital	Oui	28 (30,43%)	4 (16,67%)	0,18	9 (19,15%)	23 (32,39%)	0,11
	Non	64 (69,57%)	20 (83,33%)		38 (80,85%)	48 (67,61%)	

## Annexe 11 – Corrélations : Difficultés dans la pratique

Difficultés pratiques		Femme (n=92)	Hommes (n=24)	p-value	Stage ambu. Non fait (n=47)	Stage ambu. Fait (n=71)	p-value
Aucune	Oui	19 (20,65%)	6 (25%)	0,64	10 (21,28%)	15 (21,13%)	0,98
	Non	73 (79,35%)	18 (75%)		37 (78,72%)	56 (78,87%)	
Pathologie	Oui	43 (46,74%)	7 (29,17%)	0,12	18 (38,30%)	33 (46,48%)	0,38
	Non	49 (53,26%)	17 (70,83%)		29 (61,70%)	38 (53,52%)	
Interrogatoire	Oui	24 (26,09%)	6 (25%)	0,91	12 (25,53%)	19 (26,76%)	0,88
	Non	68 (73,91%)	18 (75%)		35 (74,47%)	52 (73,23%)	
Examen clinique	Oui	30 (32,61%)	11 (45,83%)	0,23	19 (40,43%)	23 (32,39%)	0,37
	Non	62 (67,39%)	13 (54,17%)		28 (59,57%)	48 (67,61%)	
Rapport au corps	Oui	6 (6,52%)	3 (12,5%)	N.V.	5 (10,64%)	5 (7,04%)	N.V.
	Non	86 (93,48%)	21 (87,5%)		42 (89,36%)	66 (92,96%)	
Réalisation d'ordonnances	Oui	2 (2,17%)	1 (4,17%)	N.V.	1 (2,13%)	2 (2,82%)	N.V.
	Non	90 (97,83%)	23 (95,83%)		46 (97,87%)	69 (97,18%)	
Réalisation de certificats	Oui	1 (1,09%)	0	N.V.	0	1 (1,41%)	N.V.
	Non	91 (98,91%)	24 (100%)		47 (100%)	70 (98,59%)	



## Annexe 12 – Corrélations : Difficultés dans le vécu

Difficultés dans le vécu		Femmes (n=92)	Hommes (n=24)	p-value	Stage ambu. Non fait (n=47)	Stage ambu. Fait (n=71)	p-value
Aucune	Oui	6 (6,52%)	3 (12,5%)	N.V.	6 (12,77%)	3 (4,23%)	N.V.
	Non	86 (93,48%)	21 (87,5%)		41 (87,23%)	68 (95,77%)	
Pudeur	Oui	19 (20,65%)	7 (29,17%)	0,37	6 (12,77%)	21 (29,58%)	<b>0,033</b>
	Non	73 (79,35%)	17 (70,83%)		41 (87,23%)	50 (70,42%)	
Observance	Oui	9 (9,78%)	2 (8,33%)	N.V.	4 (8,51%)	7 (9,86%)	N.V.
	Non	83(90,22%)	22(91,67%)		43(91,49%)	64(90,14%)	
Secret médical	Oui	6 (6,52%)	1 (4,17%)	N.V.	2 (4,26%)	5 (7,04%)	N.V.
	Non	86 (93,48%)	23 (95,83%)		45 (95,74%)	66 (92,67%)	
Peur de la gravité	Oui	49 (53,26%)	5 (20,83%)	<b>0,0046</b>	19 (40,43%)	36 (50,70%)	0,27
	Non	43 (46,74%)	19 (79,17%)		28 (59,57%)	35 (49,30%)	
Manque d'objectivité	Oui	55 (59,78%)	11 (45,83%)	0,22	25 (53,19%)	42 (59,15%)	0,52
	Non	37 (40,22%)	13 (54,17%)		22 (46,81%)	29 (40,85%)	
Limite des compétences	Oui	33 (35,87%)	6 (25%)	0,32	19 (40,43%)	21 (29,58%)	0,22
	Non	59 (64,13%)	18 (75%)		28 (59,57%)	50 (70,42%)	
Obligation de réussite	Oui	33 (35,87%)	6 (25%)	0,32	13 (27,66%)	27 (38,03%)	0,99
	Non	59 (64,13%)	18 (75%)		34 (72,34%)	44 (61,97%)	

Opposition aux soignants	Oui	14 (15,22%)	4 (16,67%)	N.V.	7 (14,89%)	11 (15,49%)	0,93
	Non	78 (84,78%)	20 (83,33%)		40 (85,11%)	60 (84,51%)	
Vécu affectif	Oui	45 (48,91%)	14 (58,33%)	0,41	21 (44,68%)	39 (54,93%)	0,28
	Non	47 (51,09%)	10 (41,67%)		26 (55,32%)	32 (45,07%)	
Relation avec entourage	Oui	23 (25%)	3 (12,5%)	0,19	11 (23,40%)	15 (21,13%)	0,86
	Non	69 (75%)	21 (87,5%)		36 (76,60%)	56 (78,87%)	
Intrication vie privée-vie pro.	Oui	26 (28,26%)	5 (20,83%)	0,46	9 (19,15%)	23 (32,39%)	0,11
	Non	66 (71,74%)	19 (79,17%)		38 (80,85%)	48 (67,61%)	

### Annexe 13 – Description des entretiens

Numéro	Date d'enregistrement	Lieu d'enregistrement	sexe	semestre	Proches concernés	Problèmes de santé	Durée en minutes
1	30/06/2011	Lieu de stage/hôpital	F	4	Sœur Parents Amis	Migraines Rhinopharyngite, dyslipidémie Pilule	12 :11
2	08/07/2011	Lieu de stage/cabinet	H	4	Père Mère Fils Compagne	Colique néphrétique, dyslipidémie Chirurgie Roséole Verrue, angines	33 :04
3	28/07/2011	Faculté	F	6	Compagnon Nièce Voisine	Phlébite Purpura rhumatoïde Vertiges	27 :52
4	25/10/2011	Lieu de stage/hôpital	F	4	Grand-père Nièce	Suicide Maladies infantiles	15 :26

5	29/10/2011	Lieu public	F	Supérieur	Beau-père Grand-père	Lymphome Fin de vie	01 :00 :57
6	04/12/2012	Lieu public	H	3	Ami d'un ami Frère	Arrêt cardio-respiratoire Dépistage IST	54 :49
7	22/12/2012	Lieu public	F	5	Ami Grand-père	Lymphome Insuffisance rénale aigue	43 :10
8	19/01/2012	Faculté	F	5	Oncle	Cancer hépatique, fin de vie	43 :23
9	12/04/2012	Faculté	H	3	Tante	Cancer de la langue	42 :36
10	14/04/2012	Au domicile de l'interne	H	3	Sœur Ami Nouvelle connaissance	Mycose cutanée Kyste cutané Névralgie cervico-brachiale	43 :11

## Annexe 14 – Entretien n°4

*Bonjour*

Bonjour

*Interne de quatrième semestre*

Oui, tout à fait

*Tu es passée chez le prat ?*

Oui

*Alors, nous allons entrer dans le vif du sujet*

Allons-y je vous écoute. Je suis tout ouïe

*Te souviens-tu de la dernière fois où tu as été confrontée à un problème de santé chez un de tes proches ?*

un de mes proches, un problème de santé, ba la dernière fois c'était à la fin, pas de l'internat, avant le concours de l'internat, non même après, c'était il y a deux ans, oui.

Tu veux que je développe ?

*Oui, enfin si ça ne te gêne pas ?*

Non ça me gêne pas. Donc c'était mon grand-père, du côté de mon père, qui a fait une décompensation cardiaque, qui a été hospitalisé. Tout en sachant que le grand-père il avait 88 ans, dialysé, diabète, résistant hein quand même mais il a décompensé au niveau cardiaque. C'était après le concours, il a été hospitalisé et tout... Et en fait il n'a pas supporté de se retrouver, en fait il était déprimé je pense, parce qu'il s'est tué. Suicide, il s'est suicidé, le suicide d'une personne âgée.

*Pendant qu'il était hospitalisé ?*

Ouais, ça fout mal. C'est vrai, mais c'est vrai, c'est horrible à dire mais il est pas mort de son problème de cœur, mais il est mort parce qu'il s'est donné la mort

*Et toi, tu dis après le concours, tu avais commencé l'internat ?*

Non, tu sais c'était la période entre la fin du concours, c'était début juillet, début juillet, donc on n'avait pas encore les résultats. C'était la période où on était en attente des résultats.

*Et ton grand-père, il vivait chez lui ?*

Alors il était, oui, et puis c'était un sacré personnage... Il vivait, donc il avait perdu ma grand-mère, donc il était veuf depuis 2000, donc depuis 10 ans. Il vivait dans un pavillon, où il a toujours vécu à Vitry-sur-Seine. Il avait une aide-ménagère, très entouré, avec mes deux tantes qui s'en occupaient beaucoup beaucoup. Mon père aussi qui était là, enfin mon père il allait le voir etc., mais très pris par le boulot. Il était quand même entouré tu vois, mais il avait encore toute sa tête jveux dire, il avait aucun problème au niveau autonomie il savait utiliser l'ordinateur, le téléphone

*Et toi tu, sa maladie elle était, il était malade depuis longtemps, si il était dialysé*

Ouais bah la dialyse on arrivait au stade terminal, de l'insuffisance rénale, depuis, ça faisait quoi, je sais plus depuis combien de temps il était dialysé, mais c'était récent ça par contre

*Et dans la vie au quotidien, avant qu'il fasse cette décompensation, est-ce que toi on te sollicitait particulièrement, du fait que tu fais des études de médecine ?*

Ben le truc en fait c'est biaisé, parce que mon oncle, donc le mari de ma tante, donc de la sœur de mon père, par alliance, est médecin généraliste. C'est lui qui a surtout été confronté au problème. Moi non. Sauf quand il a, parce qu'il a été hospitalisé à Kremlin-Bicêtre, là où je faisais mon externat, là effectivement, on m'a demandé, via les urgences en plus de Bicêtre, on m'avait demandé, de voir un peu où est-ce que ça en était, etc. mais on m'a jamais sollicité sur le plan clinique, ou même qu'est-ce que j'en pensais etc. C'est surtout mon oncle, qui effectivement lui, était en premières loges, et voilà. Même si lui ça lui plaisait pas de prendre en charge, ben mon grand-père, son beau-père. Parce qu'il y a 10 ans, ma grand-mère, donc sa belle-mère, est morte, en faisant un arrêt cardiaque chez lui tu vois. Donc lui a vraiment été exposé, mais pas moi.

*Et la fois où tu parles des urgences au KB, c'était quoi ?*

Ben c'était, justement, il avait décompensé, et en fait c'était avant qu'il fasse sa décompensation cardiaque, là il avait, il était en insuffisance rénale terminale, parce qu'après il est passé en néphro. Et c'est là après qu'ils ont mis en place la dialyse, etc.

*Et c'est là que toi t'étais en stage KB ?*

J'étais, en fait j'étais pas vraiment stage, mais que, ma fac est à KB. Donc j'étais en cours, donc j'étais allée le voir et tout, en disant « ou est-ce que tu vas après », tu sais, en essayant à chaque fois de dire voilà c'est mon grand-père, etc. J'avais appelé des copines, qui était justement, à ce moment-là en stage aux urgences, pour dire qu'il allait bien, mais sinon après..

*Donc toi t'étais en cours, et genre ya ta famille qui t'as dit « ah ton grand-père il est aux urgences »*

Ouai c'est ça ouai

*Juste t'es allé le voir*

Je suis allée le voir, mais j'ai rien, rien de plus

*Pour lui rendre visite et tu t'es informée de ce qui se passait ?*

Oui c'est ça, sans me, sans m'impliquer plus que ça, en étant normale quoi, je suis pas étudiante en médecine, je suis sa petite fille quoi, ouai voilà

*D'accord, et la fois de la décompensation cardiaque, toi tu as gardé ton rôle de petite-fille ?*

Pareil. Ben pareil, parce que bon après ya mon père qui me posait des questions, mais, mais sans plus. Mais c'est... Là j'étais un peu à l'écart, un peu à l'écart, je me suis mise un peu à l'écart mais j'étais en tant que petite-fille, et pas en tant qu'étudiante, ou interne en médecine.

*Tu t'es mise un peu à l'écart par rapport au côté médical ?*

Oui, j'ai laissé ça, on pensait qu'il allait encore s'en sortir, mais heu. Il s'en est sorti d'un point de vue médical, mais bon il s'en est pas sorti du côté psychique, mais bon on a p'tet été trop...non mais celui c'est mon oncle, c'est lui surtout, c'était pas une très bonne période.

*Ouai, entre ta grand-mère et ton grand-père*

Ouai non lui, c'est pour ça qu'il veut plus soigner quoi, il veut plus être impliqué dans les soins chez des proches

*Et sinon est-ce que toi y'a eu d'autres histoires ou tu t'es impliquée ?*

Ou je me suis impliquée...et ben pas tant que ça, parce qu'en fait, donc moi j'étais trop jeune, j'étais au lycée quand ma grand-mère est morte donc non. Pendant mes études, alors pendant que j'étais en 2<sup>e</sup> 1<sup>ère</sup> année de médecine, donc c'est-à-dire pas du tout un cadre médical, c'était du bachotage, c'était pas du tout du...mon père a fait une EP, donc une embolie pulmonaire. Mais après, cette période, y'a pas eu de gros truc ou on m'a...après toujours des petites questions à droite à gauche mais des trucs gentils quoi, qu'est-ce que tu penses de machin, bidule, mais amis mais pas des proches quoi, tu vois. Moi, non, j'ai pas eu de..

*Tes proches, ton frère, ou ta nièce, ou tes parents ils te.. ?*

Là oui, oui oui, ils me posent des questions oui pour ma nièce par exemple : « est-ce que t'as ton otoscope jvoudrais bien que tu lui regardes les oreilles » par exemple : « non » non mais c'est des petits trucs quoi, ya pas de.. , « Est-ce que tu pourrais l'écouter jtrouve qu'elle tousse encore », des choses comme ça. Mais sinon, oui, oui, on me demande, on me pose des questions, on me demande « qu'est-ce que t'en penses, j'ai plus assez de médicaments mais ça fait déjà 6 jours qu'elle est sous antibiotiques », « j'pense que ça suffit, tu peux arrêter ». tu vois des choses comme ça.

*D'accord, c'est des conseils*

Des conseils mais pas..

*Un peu d'examen ?*

Je l'ai même pas, non je l'ai jamais examiné, pas vraiment

*Les oreilles ?*

Non parce que j'avais pas l'otoscope. J'avais pas le stéthoscope. « ah je peux pas, j'ai pas ! ». non mais c'est vrai en plus. Ba sinon je l'aurais fait mais bon, comme je l'avais pas..

*Donc ils ont un médecin, ils comptent pas sur toi ?*

Ils ont un médecin, non ils ont un médecin ils comptent pas sur moi. Mais dès qu'ils veulent savoir un truc. Dernière chose aussi, mon frère qui m'appelle qui me dit Andrea s'est trompé dans les sirops elle a donné une cuillère de toplexil, qu'est-ce que ça peut lui faire ? J'ai dit ba...une cuillère, tu sais un p'tit truc mais t'sais comme elle s'est gourée dans les sirops. Bon ba j'lui dit ça peut la faire dormir c'est tout quoi. Et voilà c'est des conseils...je suis pas dans le soin actif actif

*Ouai et puis ils sont pas trop dans la demande non plus..*

Non, ça va. Non mais, ma mère un peu plus, mais ma mère n'a pas confiance en la médecine moderne donc... Ben c'est-à-dire, genre elle a mal au dos. Rien n'y fait, les anti-inflammatoires ou des choses comme ça, la médecine de toute façon, l'allopathie ça marche pas donc du coup elle fait homéopathie...elle est très homéopathie, et elle ça fonctionne pour elle. Donc du coup on te demande conseil, mais on dit ba de toute façon, toute façon ça marche pas ce que tu fais donc..

*D'accord, mais les anti-inflammatoires et tout ça c'est son médecin qui lui..*

Oui c'est son médecin qui lui avait prescrit, mais j'ai été dans le sens, j'ai pas dit ah ba non c'est des conneries ou des choses comme ça, mais j'ai toujours été dans le sens du médecin traitant, de toute façon ba, tu vois j'ai jamais contredit sauf si vraiment t'as un gros truc mais là, c'était tout à fait louable parce que douleur de dos...bon, alors on a fait tous les examens possibles et, on a pas juste traité la douleur parce qu'à 50 ans, etc. faut toujours se méfier mais y'avait rien de particulier donc heu

*Tu dis « on » mais c'est le médecin traitant ?*

Le médecin traitant oui

*Et toi t'as juste gardé un œil.. ?*

C'est ça, je garde un œil, toujours de conseil, mais pas actif. C'est pas moi qui ai dressé les examens, moi j'ai rien fait, tu vois, j'ai pas dit ah tiens il te manque ça, vas-y fais ça. Juste des conseils

*Et on n'est jamais allée te chercher pour plus*

Pour plus non, pas pour de la morphine

*Et des ordonnances, pour dépanner.. ?*

Ah, des ordonnances pour dépanner...et ba, mine de rien, si ma mère pour un bilan par exemple mais c'est tout

*C'est elle qui t'avait demandé ?*

Ouai, elle voulait voir son cholestérol. Ce genre de choses quoi tu sais...Même mon père, tu vois je, j'ai rien, ils sont bien pris en charge, mon père est pris en charge par sa boîte avec des examens annuels, histoire de PSA qui monte alors du coup son médecin la adressé à un urologue, qui a fait la biopsie etc. En fait ils sont bien pris en charge, c'est pas moi qui joue leur rôle de médecin, mais j'ai toujours un œil dessus tu vois, toujours de conseil. « Tiens qu'est-ce que t'en penses, tu crois que la biopsie de prostate c'est bien etc., qu'est-ce que ça peut faire après ? C'est normal que..? » Tu vois, bon, toujours ça

*Et t'as toujours été d'accord avec ce qui a été fait ? Y'a jamais eu une fois ou tu t'es dit « ha ce médecin quand même.. » ?*

Heu, oh je pense que pour les, bon, biopsies de prostate après j'ai pas regardé de plus près mais bon, peut-être qu'on aurait pu attendre, mais bon, ça c'est, les urologues ils adorent gratter de la prostate. Non non, on a un bon médecin traitant, en qui on a confiance, jveux dire y'a, non, ils font pas du nomadisme médical donc du coup il les soigne plutôt.. Ils se réfèrent toujours au même médecin. Je suis pas intéressante hein, on m'a jamais demandé des choses..



*Donc toi, est-ce que t'as déjà rencontré des difficultés face à un de tes proches et sa santé ?*

Des difficultés...ba personnellement oui, médicalement non

*Comment ça ?*

Ben personnellement je veux dire en tant que voilà petite-fille, ou machin..

*D'accord, mais en tant qu'interne ?*

En tant qu'interne non, moi non. Mais je le fais sentir que je n'ai pas envie de m'impliquer plus que ça. C'est aussi un choix, parce que je vois comment mon oncle il a pris cher, j'ai pas envie que ça m'arrive ce genre de trucs. C'est comme mes beaux-parents tu vois, mon beau-père il a des problèmes de dos, rhumato, on sait pas trop ce que c'est, une sorte de spondylarthrite, il est suivi à Créteil, il est suivi à Creteil ! Après, ba sans plus, voilà. Ben dernièrement, mon copain, son grand-père est mort, lui c'est plus, donc intermédiairement, il posait des questions sur le soin palliatif, toujours, après on discute, mais en tant qu'interne non, j'ai pas été impliquée..

*Mais tu dis quand même tu fais sentir que t'as pas envie ?*

Ben non, parce que je trouve que c'est un peu dangereux quand même, je pense que c'est dangereux qu'il faut avoir un œil extérieur. Mais je te dis avec mon oncle je l'ai bien vu que c'était quand même, c'était pas facile quoi, genre ha ba tiens, il est de nouveau hospitalisé, machin, il faut aller le voir, le médecin référent c'était lui, alors qu'il avait pas vraiment envie que ce soit lui tu vois. Donc je pense que c'est pas bon d'être..

*Et toi t'aurais des recommandations à donner par rapport à comment.. ?*

Gérer les maladies des proches ? Je pense qu'il faut ne pas être tout seul, en fait il faut pas prendre les décisions tout seul et il faut être avec un médecin référent autre que soit même. Tu peux être là en tant que conseil mais pas en tant que personne active dans les soins, c'est pas possible. T'as pas cette part d'objectivité qui fait qu'on arrive à travailler quoi. T'es trop impliqué. Moi je pourrais pas, par exemple une fin de vie ou des choses comme ça tu peux pas, tu peux pas prescrire toi-même la morphine, tu peux pas. Non moi je, sauf pour dépanner, voilà, mais pas des prises en charge.. Tu vois c'est pas toi qui va décider d'une fin de vie d'un de tes proches, moi je non. Ne pas être tout seul et puis... Etre là mais sans être forcément prise de décisions quoi, comme ça

*D'accord, ok*

C'est fini ? Merci beaucoup, je voudrais remercier ma mère qui était dans la salle et bien sûr papa, salut ! et bien sûr Thierry qui a toujours été là pour moi, m'a supporté mes lendemains de garde ou j'étais de mauvaise humeur, ou j'étais ronchon tout ça, voilà, merci beaucoup.

## Annexe 15 – Entretien n° 8

*Est-ce que toi tu as déjà été confrontée à une situation ou un de tes proches a été malade, enfin quelle est la dernière fois ou ça t'est arrivé ?*

Alors oui, j'ai été confronté à un proche qui était malade et c'était heu en avril l'année dernière, ça fait neuf mois à peu près que c'est arrivé heu et en fait on m'a, je suis arrivée à la, à la fin, il en, enfin il est mort et je suis arrivé heu trois jours avant, avant sa mort et je savais qu'il était malade, je, j'm'étais pas occupée de, il n'avait rien demandé jusque-là heu il était très malade et je le savais, et en fait heu quand il a commencé à aller mal moi je, comme j'étais médecin je savais très bien que c'était la fin et qu'y en avait pour trois jours et du coup je m'suis spontanément positionnée comme l'intermédiaire pour la famille entre les médecins et la famille qui comprenait rien et surtout heu intermédiaire entre mon père qui était au Vietnam heu et en fait j'voulais, j'voulais, j'voulais prendre sa place parce qu'il était pas là, et il pouvait pas rentrer à temps. Et moi j'savais que ce serait trop tard, donc j'ai voulu être là comme procu, enfin en procuration par rapport à... Puisque c'était mon oncle, c'était son frère qui était en train de mourir et, et donc j'me suis dit tout de suite c'est horrible heu lui il va pas pouvoir être là, en plus moi j'suis là et je comprends tout, la famille comprend rien bref, il faut que... Et puis c'est venu tout seul en fait, c'est venu tout seul donc du coup, j'ai fait l'intermédiaire

*Et c'était une maladie ancienne ? Chronique ?*

C'était heu c'était une maladie chronique qu'il n'avait pas soigné, en fait c'était une hépatite C qu'il n'avait jamais suivi, il avait énormément de comorbidités cardio-vasculaires, et heu la plupart de la famille savait pas qu'il avait une hépatite C, et en fait il avait, il avait découvert un hépato carcinome trois mois avant sur une thrombose porte mécanique, donc il était foutu déjà. Il a fait croire un peu à tout le monde qu'il allait faire une chimio et qu'il allait... Parce qu'il était médecin aussi, qu'il allait faire une chimio et qu'il allait s'en sortir et qu'on allait le greffer sauf que moi je savais très bien que c'était pas, c'était pas, c'était pas, ça n'se terminerait pas comme ça. Et en fait c'est allé très vite à partir du moment où il a découvert son cancer, heu physiquement il s'est, il s'est beaucoup, il s'est beaucoup altéré, il a quand même travaillé le plus longtemps possible, il a subi des chimios et en fait ça c'est un peu précipité après la dernière chimio, heu et heu moi aussi j'étais en vacances, mes parents aussi étaient en vacances, et le jour où je suis rentrée de vacances mon père m'appelle du Vietnam en me disant ça a pas l'air d'aller, apparemment ils, ça chimio lui a fait du mal, il est déshydraté, il est confus, est-ce que tu peux essayer de faire le point. Donc moi ça a fait immédiatement un éclair heu par rapport à des souvenirs que j'avais, très précis de la cirrhose, de l'hépatite C, du cancer du foie, là j'me suis dit non il est pas confus et déshydraté, il est encéphalopathe, et l'encéphalopathie sur insuffisance hépatique terminale il en a pour trois jours. Et comme il était médecin réanimateur, il avait été hospitalisé dans ses lits et donc moi j'ai appelé le service de réa en disant bonjour je suis la nièce du patient, est-ce que je peux parler au réa de garde, je pense qu'il fait une encéphalopathie, j'aimerais en savoir plus. Donc là en fait immédiatement j'ai été positionné comme l'interlocuteur, mais je le voulais parce qu'il fallait absolument que j'informe mon père qui était à l'autre bout du monde, et le réanimateur évidemment m'a pris très au sérieux, il m'a parlé comme à un médecin et pas comme à la nièce, ensuite bah le soir même j'y suis allée, j'ai fait l'état des lieux heu là j'ai vu le réanimateur qui était pas le même par rapport à l'après-midi, qui était le réanimateur de garde, et là ma tante est venue me voir immédiatement en me disant il faut qu'on fasse quelque chose heu il veulent pas le garder en réa parce que c'est dans son service

c'est dans des lits où il travaillait donc c'est dur pour l'équipe, à ton avis est-ce qu'on le transfert ?

*À ton avis ...*

À ton avis ? Alors heu... Donc moi mon avis heu...là tout d'un coup j'ai été prise dans l'engrenage de, bon ba ça y'est je suis prise à partie comme médecin est plus comme nièce, et j'suis allée voir, j'suis allée voir le réanimateur qui était, le réanimateur de garde et, et je lui ai dit, donc je lui ai réexpliqué ce que je savais de la situation, ce que j'en avais compris. Il a confirmé que la situation était, enfin catastrophique de toute façon, mon oncle il était, voilà il était, physiquement il avait l'air d'un, il avait l'air d'un cadavre, il avait, voilà. Et heu de la, du temps, du temps que ça va prendre je lui dis mon père est en, et au Vietnam, même si il prend le prochain vol ou si il prend un vol dans 48 heures je suis pas sûr que il tienne la route etc. et je lui dis et j'suis même pas sûr qu'il va passer la nuit, il me dit non je suis pas sûr qu'il va passer la nuit. Et donc le réanimateur me demande mais à ton avis est-ce que je le transfert ce soir ou demain ?

*D'accord, donc ta famille et le médecin en charge te demandent ton avis ?*

Me demandent mon avis. Et donc là je donne mon avis mais de médecins au réanimateur, en lui disant de toutes façons si tu le transfert c'est cette nuit ou demain ? Il me dit non c'est demain. Je dis écoute, à ce moment-là, tu passes la nuit avec lui et tu prends la décision demain, on sait que l'encéphalopathie c'est fluctuant voilà, il peut avoir, on sait pas c'qui peut se passer ce soir, on verra demain matin, voilà. Voilà pour la situation de base.

*D'accord. Et avant que ça se complique et qu'on arrive à cette étape de sa maladie, avant tu disais il avait dit à la famille, enfin il avait un peu arrangé le tableau, est-ce que toi t'avais, il te parlait différemment à toi du fait que t'étais, que t'es interne en médecine ? Il parlait franchement de son... ?*

Non. Alors il n'a pas parlé franchement, en fait moi je l'ai vu une semaine avant qu'il découvre sa maladie

*Donc trois mois plus tôt ?*

Trois mois plus tôt, on revient trois mois en arrière. Et je l'ai vu, et je lui dis vraiment t'as une sale mine, est-ce que t'as fait des examens ? Il avait, il était pas bien, il avait la bouche très sèche, il était très gris, mais il était pas encore, il avait pas le masque du cancer. Comme un déni de grossesse, le masque du cancer est arrivé une fois qu'on a découvert le cancer. Alors que si il avait un hépatocarcinome avec une thrombose porte mécanique, son cancer ça faisait des mois qu'il le fabriquait, mais le masque du cancer il a eu une fois qu'il a été... Mais je lui ai dit t'as une sale mine. Il me dit non non non ça va, ça va, ça va. Et puis en fait une semaine après il a découvert, là il a appelé toute la famille en disant j'suis foutu, puis après il a dit mais non mais non, j'ai rencontré des supers hépatologues, je vais faire une chimio, on va me greffer. Et en fait à partir de ce moment-là moi je me suis retirée de l'affaire, au bout de quelques jours quand même je me dis bon je vais lui passer un coup de fil à. Allô ouais tu sais pas ce qui m'arrive c'est l'horreur, je suis foutu. Voilà à nouveau. Je lui dis ah bon, bon machin et tout, et puis plus rien. Moi j'ai, j'ai vécu ça de très loin, on avait, c'était un personnage un peu compliqué et on, on avait des, dans la famille des rapports avec lui qui étaient, je sais pas si je dois rentrer dans les détails... Bon va pas trop rentrer dans les détails. Et en fait, et moi avant de partir, et donc là, donc là on était trois mois plus tôt et les semaines semaines semaines se passent et là on arrive presque au décès, on arrive à 15 jours du décès. Moi j'partais en vacances, c'était son anniversaire, je l'appelle, et puis je lui dis bah tiens je pars en Italie la semaine prochaine il me dit ben passe à la clinique je vais te filer des

bouquins, j'ai des bouquins sur Rome. Et en fait heureusement que j'y suis allé parce que c'est la dernière fois que je l'ai vu dans un état normal. Et en fait quand je l'ai vu arriver il s'était énormément transformé par rapport à, à, à trois mois avant évidemment. Et, et donc là ça a été un choc évidemment. Et là il m'a parlé heu, en me donnant ses dernières directives avant de mourir. En me disant j'ai une mission pour toi, est-ce que tu veux bien...

*Avec ces mots là ?*

Ouai, avec des mots comme ça. J'ai, j'ai une, j'ai une requête, j'ai une requête...

*Mais il t'a parlé en tant que nièce, en tant que.. ?*

En tant que médiateur familial.

*Ouais. Du fait de... ?*

Alors pas du fait du fait que j'étais médecin mais du fait de, de notre rapport, de notre lien familial, du fait de, de c'que je connaissais de nos histoires de famille en fait il avait envie que j'en règle une partie avant qu'il meure. Là c'est la partie famille et voilà. Donc ça c'était... Par contre d'un point de vue médical il m'a jamais rien demandé. Voilà donc je pense qu'on va revenir après à...

*Oui, après, donc pour le coup c'est après qu'on t'a demandé quelque chose sur le plan médical mais pas de sa part à lui, mais de la part de ses soignants et du reste de la famille ?*

Et du reste de la famille. Alors en fait la famille m'a, oui si j'ai une quand même mon père qui m'a demandé est-ce que tu peux essayer de, de voir c'qui se passe, ça a pas l'air d'aller, donc on m'a quand même demandé de faire quelque chose mais après toute la fin en fait de l'histoire je l'ai faite toute seule, sans réfléchir, heu j'aurais jamais pu faire autrement que c'que j'ai fait, et je le regrette pas mais, voilà ce que j'ai vécu après heu je, personne ne, personne ne m'y a forcé mais je je, j'étais beaucoup trop impliquée, c'était, et je le faisais beaucoup trop aussi par procuration vis-à-vis de mon père qui était pas là, de ma mère qui était pas là.

*Mais ça t'a paru une évidence ?*

Une évidence absolue. Je j'aurais, je, je pouvais pas rester chez moi il fallait que je reste auprès de lui

*Parce que quand t'as appelé le service de réanimation le premier soir a dit je suis la nièce, a dit...*

Je suis interne en médecine, qu'est-ce qui se passe ?

*D'accord, et donc ils ont été franc-jeu avec toi ?*

Donc ils ont été franc-jeu avec moi. Et donc la première nuit heu il l'a passé, il a passé, en fait il avait jamais été hospitalisé jusque-là, il avait toujours, il avait même continué à travailler jusqu'à deux semaines avant. Et donc cette première nuit qu'il passe dans ses lits de réa mais sans soins de réanimation mais juste comme il était chef de service il a, il l'a passé dans ses lits. Et le lendemain, je prends des nouvelles et, et on dit bon il est transféré en hépato à, dans un service d'hépatologie spécialisé, et sa femme niait absolument son état de santé, et disait on m'a proposé des soins palliatifs mais il n'en est pas question, parce que ça veut dire qu'on baisse les bras. Donc évidemment baisser les bras, il était en train de mourir mais c'est. On a dû lui répéter plusieurs fois qu'il était en train de mourir. Et donc ne se demande en fait si même on lui avait pas, si lui et lui avait pas tellement menti qu'il lui avait donné trop

d'espoir. Mais après c'est très compliqué de savoir dans le décès, qui a envie de croire quoi, qui est dans le déni etc. et je pense que c'est pas le sujet. Et donc le lendemain il a été hospitalisé dans ce service d'hépatologie, et moi à partir de ce moment-là, déjà j'avais déjà une mon père en ligne plusieurs fois, donc la première fois c'était pour lui dire : oui papa, c'est ce que je craignais, c'est très grave, je suis pas sûre que t'aies le temps de revenir. Ensuite lui il a essayé d'échanger des, ses billets d'avion pour rentrer plus tôt, et où fur et à mesure je le tenais au courant de la situation. Et donc quand mon oncle a été hospitalisé dans le, dans le service d'hépatologie, heu ben moi j'étais là, sa femme était là, y'avait son fils aîné, donc en fait à nous trois on était là tout le temps. Et puis moi j'avais, j'avais les gens en fait, les gens j'étais le médiateur aussi avec le reste de la famille et des amis proches, des amis proches qui avaient pas été là depuis 30 ans et qui tout d'un coup revenaient au chevet du, du mourant. Et en fait ce qui s'est passé c'est que, comme moi j'estimais que je n'étais pas dans la pire souffrance dans cette situation, je, je m'interdisais absolument de lâcher, de lâcher prise. Et donc quand les gens rentraient dans la chambre j'étais là, sur le pas de la porte en disant, soit je les connaissais, en leur disant tu sais, il est vraiment dans un sale état. Soit je les connaissais pas je leur disais je suis sa nièce, il va pas bien. Les gens rentraient dans la chambre, en général ils ressortaient tout de suite, et moi j'étais là. Et donc je, je consolais les gens et les amis qui venaient, qui découvraient mon oncle dans cet état. Et comme lui il avait caché son état de santé à tout le monde, les gens étaient extrêmement choqués de son état. Donc moi j'étais là comme psychologue à la sortie de la chambre, et je les informai, et j'expliquais tout.

*Et en plus tu faisais le soutien ?*

Je faisais le soutien psychologique des, de l'entourage, et j'ai expliqué à sa femme qui était un petit peu dans le, qui était infirmière mais qui comprenait pas très bien médicalement ce qui se passait, et à son fils, je leur expliquais step by step l'état dans lequel il était, pourquoi il se dégradait, la vitesse à laquelle ça allait aller, s'il souffrait, s'il souffrait pas, s'il était angoissé, si il était pas angoissé. Et à un moment j'ai chopé l'interne de, du service en présentant : je suis sa nièce, je suis interne en médecine, qu'est-ce qu'il a comme traitement, est-ce qu'il a de la morphine, hypnovel, qu'est-ce qu'il a dans sa perf ? Elle me dit si donc vous êtes très informé, je lui dis oui oui voilà je suis interne, je sais comment, je sais ce qui va se passer mais je veux juste savoir ce qu'il a comme traitement. Donc elle m'a dit pour l'instant il a rien, il est hydraté, si il y a la moindre complication, on lui mettra l'hypnovel et par ce que là oui, pendant tout ce temps-là mon oncle était confus, mais il était debout. Il se levait pour aller pisser, il avait de l'ascite donc il allait pisser 10 fois par heure, il parlait, il était confus mais il parlait, on avait encore des échanges avec lui. Ça, ça fait partie de l'histoire, c'est important. Mais il était pas, il était pas sédaté. Et puis à un moment, comme il était chef de service de réa, y'avait quand même, malgré son état palliatif, le chef de service de réanimation de l'hôpital qui venait faire le point 2-3 fois par jour.

*Ça se passait dans un autre hôpital ?*

Oui, ça se passait dans un autre hôpital. Mais il, il avait quand même l'œil du réanimateur qui était anormal, puisqu'il était pas réanimatoire. Mais je pense que chef à chef il avait une prise en charge un petit peu, un peu privilégiée je sais pas si tu me suis mais... Et donc un jour, à un moment je chope le réanimateur de garde et je lui dis heu je, je connais les complications de l'insuffisance hépatique dans le cadre de la cirrhose, en gros de quoi il peut mourir là ? Et est-ce qu'on peut éviter l'hématémèse ? Il m'a dit heu il peut mourir d'un choc septique, il peut faire une translocation bactérienne. Je lui dis est-ce qu'on peut éviter l'hématémèse parce que pareil c'était un truc redoutait terriblement. Il m'a dit non, on peut

espérer qu'il meure d'autre chose avant. Et donc je garde ça dans un coin de ma tête, et puis les journées se passent, et donc là on en était à 24 heures de son entrée à l'hôpital et puis, et puis il tient le coup. Et puis il tient le coup et moi je, et donc, il était confus mais je lui expliquais donc tu sais, papa va rentrer du Vietnam, il va rentrer, il va pas rentrer avant 2 jours tu vois ce que tu peux faire, est-ce que tu vas tenir est-ce que tu vas pas tenir je sais pas mais faut que tu saches qu'il est là par, par, que je le représente aujourd'hui, qu'il est là pour toi, qu'il pense à toi, voilà. Même s'il était confus je voulais, je parlais beaucoup... Et donc les heures se passent, il tient le coup. Et puis le lendemain, on était au samedi, tout ça avait commencé le mercredi soir, on en était au samedi. Et, et puis y'a un trou dans les visites dont dans la chambre y'avait ma tante, mon frère, moi et mon oncle. Et puis on le sent pas bien, il commence à se lever, à être inconfortable puis il se sent pas bien, il se sent pas bien et là, là j'ai dit non mon Dieu, non mon Dieu, non mon Dieu pas ça, donc il a fait l'hématémèse devant nous. Donc il s'est mis à vomir des caillots de sang, de façon très abondante. Et donc là j'ai, mon frère a failli tomber dans les vapes, ma tante qui était infirmière voulait le soigner, là j'ai sorti tout le monde de la chambre, je les ai interdits de rentrer, je suis allée voir les infirmières, il fait une hématémèse il faut venir nous aider j'ai mis des gants et j'ai pris un haricot, et je suis entré dans la chambre en sortant de force la famille qui était là.

*T'as sorti tout le monde mais toi... ?*

Mais moi j'y, j'y suis retournée. Et en fait j'ai dit à, ma tante m'a dit je suis infirmière c'est mon boulot, j'ai dit non là c'est pas ton job, tu vas pas t'en remettre si tu fais ça, là t'es pas son infirmière t'es sa femme, tu t'en vas. Et en fait, j'ai mis cinq minutes, mais je me suis appliqué finalement la formule à moi. Et puis, par contre je j'ai dû un peu secouer les infirmières en disant bah là faudrait ptet venir nous aider, et donc on est sortis. Là j'ai récupéré la famille à la petite cuillère, heu à ce moment-là j'avais prévenu mon cousin en disant il faut que tu reviennes, la ça se complique et ça va plus durer très longtemps, il a voulu rentrer dans la chambre je lui dis non tu peux pas rentrer, c'est très grave j'vais t'expliquer. Et puis on a attendu en fait, là du coup mon oncle a été mis sous hypnovel et on a attendu qu'il soit lavé, enfin qu'il soit heu lavé, changé, endormi pour re-renter dans la chambre. Donc à partir de ce moment-là j'ai rappelé mon père en lui disant écoute il vient d'avoir une complication, je lui ai pas raconté, je lui ai dit même si tu reviens demain matin ce sera probablement trop tard, donc voilà. Je l'ai tenu informé, je le tenais informé de ce qui se passait au fur et à mesure. Et donc là du coup, ben là il a commencé à être dans le coma, sous hypnovel, enfin coma artificiel, mais il était paisible. Et donc tout le monde me demandait mais est-ce qu'il souffre, comment ça va se passer, à quelle, combien de temps ça va durer heu... Là du coup j'étais un peu paumée, j'ai revu le réanimateur je lui ai dit maintenant qu'il est sous hypnovel et qu'il va inhaler tout ce qu'il va déglutir, d'abord est-ce qu'on est à risque de revivre une hématémèse, il m'a dit non, a priori il va déglutir et, et donc là je pouvais expliquer à mon cousin il a tout ce qu'il faut pour ne pas être angoissé, il a ce qu'il faut pour pas souffrir, maintenant ça va se faire tranquillement, d'ailleurs son visage est apaisé, et donc je lui ai expliqué au fur et à mesure que, que voilà ça allait, ça allait se passer... Puis moi j'étais passé en soins palliatifs enfin en, j'étais passé en gériatrie j'étais, j'avais un stage de médecine qui faisait un peu de cancéro, et donc j'étais, je savais ce qu'ils mettaient dans la perf et j'essayais d'avoir le discours le plus rassurant possible, pour que tout le monde s' imagine que ça allait plus se passer dans la douleur.

*Et toi tu continuais à t'informer auprès des médecins du service, des internes, du contenu de la perf comme tu l'avais fait à l'arrivée ?*

Non y'avait plus besoin. Je savais que dans la perf il y avait morphine- hypno

*Et les médecins du service, et ce qu'ils avaient un rôle à jouer auprès de ta famille pour le coup ? Ou vraiment il y a que toi qui a fait ça, l'information...*

Si, il y a à un moment, le réanimateur qui venait de temps en temps, qui parlait, je crois que je l'ai vu, j'ai le souvenir de l'avoir vu discuter avec ma tante. Et sinon peut-être, mais moi je, peut-être que j'étais pas là le matin aussi, moi j'arrivais plutôt vers midi, j'étais là de midi à à peu près 1h du matin, et le matin c'est vrai que j'ai, c'était le week-end ça devait être les astreintes, je suis pas sûre qu'il y avait autant de monde que d'habitude, donc, donc j'peux pas... Mais probablement que, comme j'apportais beaucoup de réponses à la famille elles ont pas ressenti le besoin d'aller chercher des informations auprès des médecins

## ALARME INCENDIE

*Donc on n'en était à l'hématémèse, tu fais sortir tout le monde, tu re-rentre, et finalement tu sors toi, en te disant quand même je suis là nièce, et vous finissez par revenir...*

Quand il est endormi, voilà. On est samedi après-midi et il a eu de plus en plus de visite et donc à chaque nouvelle visite j'ai réexpliqué la situation, et bien sûr heu, j'ai essayé de tenir debout en me disant que ce que vivaient sa femme et son fils était incomparable par rapport à ce que je vivais moi. Heu y'a quand même eu un moment dans l'après-midi où j'ai un peu craqué mais ça a duré 5-10 minutes et je me suis assez facilement heu rattrapée, et heu, y'a un moment où je me suis totalement lâchée c'est quand y'a de la famille du côté de ma mère qui est arrivée ou là, eux, c'était moins grave que moi donc j'avais le droit de m'épancher auprès d'eux. Voilà. Et donc là je me suis effondrée physiquement, ça a pas duré longtemps puisqu'après on est retournés dans la chambre et là de nouveau je faisais, je faisais voilà.

*Tu as repris ton rôle de personne de confiance...*

J'ai repris mon rôle... Et de pilier voilà. En me disant aussi que mon père qui était pas là pour l'accompagner à la fin, pour lui, il était en train de, de devenir fou dans un hôtel du Vietnam et que je me devais, je devais bien ça pour lui quoi, voilà.

*Et donc t'es restée ?*

Alors je suis pas resté toute la nuit, les gens sont partis, heu donc on est dans la nuit de samedi à dimanche moi je suis partie vers 1h, sa femme a décidé de dormir avec lui, et moi je suis rentrée chez moi avec mon portable allumé heu, elle m'a, enfin voilà, il était décidé que évidemment elle m'appelait s'il décédait dans la nuit et en fait il est pas décédé dans la nuit et... Donc moi le lendemain matin je suis allé chercher mes parents qui arrivaient à l'aéroport à 7:30 pour ensuite les conduire directement à l'hôpital. Et donc je suis arrivé et voilà, on va pas tomber dans le mélodramatique, mais mes parents sont arrivés à 7:30, et il est mort à 7:35 donc heu... Quand on est arrivés à l'hôpital il était encore dans son lit mais il était mort depuis une heure. Donc j'ai eu cette, cette mission aussi d'annoncer le décès de son frère à mon père à l'aéroport quand je suis allée le chercher. Quand je suis allé le chercher du coup, ouai

*Du coup tu venais de l'apprendre toi-même ?*

J'venais, en fait j'suis arrivée, j'suis arrivée dans le hall de l'aéroport, j'ai appelé ma tante qui m'a dit oui oui il est encore vivant. Alors que franchement il était dans un état où il était pas possible qu'il passe la nuit, et ma tante m'a dit je lui ai dit de tenir toute la nuit, je lui ai parlé toute la nuit, heu évidemment il était dans le coma, mais je lui ai parlé toute la nuit pour qu'il attende ton père, pour que voilà. Et puis donc là j'étais excitée d'imaginer que j'allais accueillir mon père en lui disant il a tenu le coup. Et puis en fait elle m'a rappelé cinq minutes après, elle m'a dit il vient de mourir. Donc j'avais pas encore accueilli mes parents, mes parents je les ai retrouvés dans la salle d'aéroport 10 minutes après, et, et voilà. Entre les deux j'ai quand même eu le temps de rappeler quelqu'un pour moi-même m'effondrer, en me disant... En fait c'est quelqu'un qui a pris de mes nouvelles, ben c'est de la famille de ma mère, qui m'a appelé en me disant comment tu vas, comment tu vas parce qu'on sait que tu penses des choses et, et là je me suis effondrée, j'ai dit c'est pas possible il est mort il y a cinq minutes et on m'a dit bon bah voilà. Et puis j'ai raccroché. Et là je me suis dit ok, papa arrive, donc c'est pour lui que c'est dur maintenant, donc j'accueille mon père... Et je voulais pas lui dire depuis quand il était mort, parce que savoir que son frère n'avait pas attendu une heure de plus. Et puis bon, il a bien fallu qu'il sache

*Donc il l'a su...*

Ben il l'a su, il m'a dit mais au bout de, au bout de, au bout d'un moment, au bout d'une demi-heure trois quarts d'heure il m'a dit mais il est mort quand. Je je lui ai dit ben il est mort à sept heures trente-cinq. Mon père il a atterri à sept heures et demi.

*D'accord. Il a posé le pied...*

Ouais. Et ce qui est fou c'est que c'est, bons après c'est des considérations qui... Il est mort à peu près à la seconde où il était sûr que son frère était arrivé sur Paris.

*Oui parce que tu as eu ta tante*

J'ai eu ma tante qui lui a dit, qui lui a dit il est arrivé, il arrive dans une heure. Parce qu'en fait c'était la famille proche, c'était son, de la famille, en dehors de ses enfants, c'était le plus proche qu'il avait, y'avait plus de parents, ils étaient que deux frères y'en avaient pas d'autres, donc c'était un petit peu le... Donc ils étaient très liés. En fait une fois qu'il assure que son frère était à Paris pouf, il est parti. Voilà.

*Ok. Donc à ton père t'as eu ce rôle-là de lui annoncer, de l'informer sur le plan médical aussi, les jours qui ont précédé.*

Mm

*Et tu dis la famille de ta mère elle s'est inquiétée de toi, de tout ce que tu portais et supportais, et, ton père, tes parents, ou ta tante, pour qui tu as fait tout ça... ?*

Euh... Bah mes parents, la situation était tellement intense, heu, j'pouvais pas expliquer ce qui se passait sur le coup à mes parents. Je refusais d'expliquer l'hématémèse, l'hypnovel, tout ça, j'ai refusé. Je leur ai juste dit il y a eu une complication, maintenant il est dans le coma, j'pense que même si vous arrivez demain matin ce sera trop tard. Je restais assez succincte dans mes explications parce que je, pareil je vivais ça par procuration et je me disais pour eux c'est tellement horrible, ils sont tellement impuissants. Mais ils ont su parce que après y'a eu des coups de mains, y'a eu des amis, et ils ont su en fait par des échanges de



mails, même assez instantané, on leur a dit C. est là, elle gère la situation. Donc ils me demandaient mais, de toute façon ben oui mes parents me demandaient si j'allais, je leur disais mais oui moi ça va. Enfin je veux dire je, il était, il était pas question que je dise ce que je craquais, que c'était horrible ce que je vivais enfin... Encore une fois c'était horrible pour moi mais alors qu'est-ce que c'était pour son frère qui était au Vietnam, son fils et sa femme qui vivaient ça... En direct. Et c'est, c'est après en fait au fur et à mesure de, du deuil, des mois qu'ont suivi, les gens prenaient un peu de mes nouvelles, des amis qui venaient voir mes parents... Comment elle va C., parce que elle a vécu un truc pas facile. C'était ce genre de choses quoi.

*Donc en fait cette position que tu as eue, même si tu avais pas été interne en médecine, t'aurais pris la même mais avec cette, ce côté médical que tu aurais peut-être pas compris ? Enfin tu te serais impliquée de la même façon par rapport à ta famille je suppose ? Du fait de la situation de ton père qui est à l'étranger... ?*

Ouais, ouais. À 100 %. J'ai quasiment aucun doute là-dessus.

*Et le fait d'être interne dans cette situation ça t'a apporté... ?*

La compréhension de ce qui se passait, de pouvoir évaluer, de pouvoir évaluer surtout de pouvoir rassurer la famille. Par ce qu'ils étaient très inquiets heu, d'imaginer qu'il souffrait. Et moi j'ai vachement insisté sur il a des médicaments... J'ai dit de vomir du sang ça l'a beaucoup angoissé, donc maintenant on va lui donner des médicaments pour plus être angoissé, ça c'était le rôle de l'hypnovel. Et j'ai dit s'il a la moindre douleur, il a une perfusion de morphine en continu, donc vous inquiétez pas il souffre pas. Et donc, et en fait ils me l'ont dit, ils me l'ont dit après et mon cousin, donc son fils, m'a... Enfin après m'a, m'a exprimé sa reconnaissance infinie en me disant mais c'est incroyable heureusement que t'étais là pour tout nous expliquer, pour... Donc heu je, oui heureusement que j'étais interne aussi quoi, j'étais pas seulement l'intermédiaire entre mon père qui était pas là et mon oncle. Et heu... puisque heureusement que j'étais médecin pour pouvoir leur expliquer.

*Sur le plan médical, c'est ce rôle-là que tu as joué. Finalement t'as pas eu vraiment de rôle décisionnel... si à un moment*

À un moment on m'a posé la question mais en fait j'ai pas eu de, finalement j'ai pas eu de décision à prendre mais de toutes façons il était, enfin il avait rien de spécial à faire... Si y'a eu un moment où heu il était peut-être question de lui ponctionner de l'ascite et là j'ai dis vous rigolez, vous allez pas lui mettre une aiguille dans le ventre, voilà. Et en fait ça a été très vite écarté. Et y'a eu un autre moment ou un infirmier de son équipe est venu, à un moment où y'avait personne et il a dit à l'infirmier qui faisait sa ronde : ouais, vous avez qu'à lui mettre je sais plus quelle dose de morphine. Je dis mais attend, de quoi tu parles là? Ouais tu sais il peut largement supporter. Je dis attends il est pas question que, que t'interfères dans la prescription de morphine. Et là je l'ai pris à part l'infirmier, qui était un infirmier de visite, qui était pas l'infirmier du service. Je l'ai pris à part je lui ai dits attends qu'est-ce que tu, à quoi tu joues là ? Ouais tu sais il peut supporter. J'ai dit attends, tu te mêles pas de ça, heu, y'a des médecins qui ont fait une prescription, moi j'interfère pas avec la prescription des médecins, alors toi je vois pas ce que tu viens faire là-dedans. Il m'a dit mais moi tu sais je suis infirmier, j'y connais quelque chose. J'ai dit figure-toi que moi aussi j'y connais quelque chose. Il m'a dit mais tu fais quoi toi ? J'ai dit ben je suis interne en médecine, donc tu sais quoi je suis sa nièce, t'es son ami, donc chacun sa place ce soir. Voilà, j'ai pas interféré dans les décisions, en dehors de ça... Sincèrement ça ça m'avait choqué. Et là par contre j'ai eu une

parole ou j'ai dit ce serai bien aussi qu'on, qu'il tienne jusqu'à ce que mon père rentre de voyage. Et là y'a mon cousin qui m'a dit mais tu sais, si il souffre comme ça je veux pas qu'il tienne. Et là j'ai rien dit, j'ai dit t'inquiètes pas il souffre pas, il est pas angoissé. Donc là il y'a eu un petit moment, une petite, quelque chose et son contraire, et après je lui ai dit non écoute, t'inquiètes pas, il est pas question de le tenir en, de le maintenir en vie, il est question qu'il souffre pas, qu'il ne soit pas angoissé, il a tout ce qu'il faut pour l'instant, sois rassuré. Et il m'a dit après que j'avais été très rassurante, que ça l'avait, que j'avais ouai, ça l'avait rassuré, que ce que je lui avais expliqué l'avait rassuré.

*Et la question de la ponction d'ascite, à un moment il en a été question, ça veut dire que ils vous en ont informé comme ils informent les proches du patients, où ils sont venus t'en parler à toi, ils t'avaient repéré comme...*

En fait c'était, c'était un contexte encore, encore spécial, c'était au début de l'hospitalisation donc mon oncle était encore dans son service, et y'a tous ses amis médecin du, de l'hôpital, enfin de la clinique qui passaient le voir et il y en a un à un moment qui a dit mais attend on va le ponctionner, attends on va te soulager, on va te mettre une aiguille, et là je suis allé voir le réanimateur de garde, je lui ai dit j'espère qu'il n'en est pas question, il m'a dit non il n'en est pas question, voilà.

*Et les autres médecins qui venaient rendre visite ? Oui toi tu as eu ce rôle-là d'informer les gens, qui étaient tous les amis et toutes les visites quasiment...*

Ouais, pour beaucoup ouais. Enfin en tout cas tant que j'étais là et que je sentais que je pouvais répondre à des questions. Après c'est vrai que j'ai pas, y'a des gens, c'est vrai que ses amis médecin ils m'ont pas demandé, ils sont pas venus me demander des explications, j'ai pas eu à consoler tout le monde heureusement

*Donc les principales difficultés dans cette situation, ça a été ce rôle de pilier, enfin de tout supporter ?*

Euh...en fait ce qui était dur c'était que, c'était, c'était, c'était que c'était lui, c'est la situation qui était épouvantable. La mort a été quand même, l'agonie a été quand même particulièrement pénible d'un point de vue, enfin sur... Assister à une hématémèse c'est quand même un truc qui est assez épouvantable. Et, et c'qui était, ouais c'qui était dur c'était de, de, de soutenir les autres... Mais personne me l'a demandé, enfin je l'ai fait toute seule, je l'ai fait toute seule et ...et moi je comprenais trop bien ce qui se passait, et encore une fois c'était tellement pire pour les autres que... Moi je comprenais, c'était, c'était dur mais c'était plus dur pour les autres, bon ben j'avais tout qui était réuni pour faire que c'était à moi de gérer la situation. Et c'est vrai que cette façon de, cette capacité médicale de pouvoir interpréter ce qui se passait, bon ben y'avait que moi qui pouvais, enfin il avait que moi, je, je me, je me ramasse pas du tous les lauriers, c'est pas ce que je veux dire mais je, je pense que j'étais là au bon moment donc, je l'aurais pas fait différemment.

*Et est-ce que cette histoire il y a neuf mois a eu un impact sur la vie professionnelle ?*

Heu pas sur ma vie professionnelle non, heu si, non c'est pas vrai, ça a eu un impact sur ma vie professionnelle, non c'est pas vrai, ça a eu un impact dans ma vie professionnelle.

*Et sur quel plan en tant que médecin et interne ?*

Heu finalement je suis assez contente de pouvoir comprendre ce qui se passe dans une maladie. En fait je suis, je me suis, je me suis posée beaucoup de questions sur ma vocation de médecin, je me suis demandé si j'étais là, enfin si c'était vraiment ce que je voulais faire, mais ça fait très longtemps que je me pose la question. J'ai choisi la médecine générale, c'est

pas un internat que je subis, c'est un internat que j'ai choisi pour plein de raisons, je regrette pas. Mais c'est vrai que j'étais encore dans une, je me disais mais je vais finir mon internat et puis je vais arrêter. Et puis heu, et puis finalement par, en étant là à ce moment-là à la fois ..... la situation, et à la fois en me rendant compte que j'avais été utile et que, et que, c'est terrible mais j'ai été gratifié de cette situation puisqu'après tout le monde est venu me remercier infiniment de, du rôle que j'avais joué. Et y'a plein de gens qui m'ont dit des choses très fortes et très belles à propos de mon attitude. Et c'est vrai que je me suis dit ben si j'avais pas été médecin, je pense que je, comme tu me dis, comme tu m'as demandé, je l'aurais vécu mais d'une façon différente et probablement que j'aurais pas autant aidé ma famille de soutien que si j'avais pas été médecin.

*T'as du les soulager énormément...*

Probablement donc c'est vrai qu'après je, ça m'a, ça m'a aidé dans l'empathie, quand les gens comprennent rien à l'hôpital... Alors après en fait j'ai été que en ville, donc je suis pas retournée à l'hôpital, mais je me, je me réfère à des situations où, ou j'étais pas patiente avec les familles, et je pense que si je retourne à l'hôpital j'aurais beaucoup plus de patience et de gentillesse vis-à-vis des familles dont des gens, des gens qui sont très malades comme ça qui comprennent rien. Et même maintenant c'est vrai qu'en consultation j'explique beaucoup plus les choses aux gens, je me dis qu'ils comprennent rien, mais rien de rien quoi. C'est vrai que j'aime, j'aime beaucoup expliquer aux gens et je trouve que c'est agréable quand des gens nous disent merci docteur maintenant que vous m'avez expliqué, je comprenais pas.

*D'accord. Et tu parlais de ta vocation, qu'est-ce que ça a changé par rapport à cette question que tu te posais au final ? Ça a fait peser la balance un peu plus dans un sens ?*

Pas trop, pas trop. Je suis contente du bagage d'interne que j'ai eu à ce moment-là mais ça me conforte pas forcément dans l'idée que, que j'aurais pu faire autre chose qui m'aurait au moins autant plus que la médecine, voire encore plus quoi.

*D'accord ok, et suite à ça, si tu te retrouvais à nouveau fasses à ce type de situation, ou si tu devais donner un conseil à quelqu'un qui se retrouvait avec un proche qui a un problème de santé, qu'est-ce que tu lui conseillerais ? Quels seraient les recommandations ?*

Je pense que si j'avais, c'est affreusement prétentieux ce que je vais dire, mais si j'avais l'impression que dans cette situation y'a quelqu'un qui pourra jouer mon rôle, je m'effacerais. Mais si j'avais l'impression que y'a personne qui peut assurer ce rôle-là heu, j'imagine que je recommencerais, que je recommencerais ça. Dans une situation aussi dure et aussi critique, et... Là je pense que si mon père avait été là, et ma mère est médecin, s'ils avaient été là tous les deux, je pense que j'aurais pas joué ce rôle-là. Mais là comme je voulais jouer aussi le rôle de mon père qui était pas là, je l'ai fait. Par contre, suite à ça, j'ai énormément de mal à entendre les bobos de la famille. Enfin je veux plus entendre parler des problèmes de personne. Soit on a vraiment besoin de moi pour un truc vraiment très dur, pour comprendre une situation, je veux bien donner mon, je veux bien parler à un médecin, expliquer quelque chose. Par contre je, enfin j'ai du mal à soigner les gens de ma famille.

*Depuis ça ? Ou avant déjà c'était... ?*

Avant c'était pas terrible, mais depuis ça...

*Avant quand ils te sollicitaient pour des bobos, tu répondais quoi ?*

Je donnais plus facilement un conseil.

*Tu t'arrêtais au conseil ?*

Oui. Ouais, je, je soignais pas.

*D'accord, et maintenant ?*

Et maintenant je dis prends toi un médecin généraliste et prend toi un médecin traitant qui va prendre en charge ton problème.

*D'accord. Même pas de conseil ?*

Pas forcément. Moins qu'avant. Par ce que j'estime que un conseil comme ça donné en l'air ça peut être pris, interprété comme une consultation et que en fait il faut aller au bout des choses et que c'est presque néfaste de donner juste un conseil comme ça. Et de donner une ordonnance de prise de sang si y'a pas après un vrai suivi, réceptionner les résultats, donner d'autres conseils etc., je préfère plus prendre de risques.

*Et ça avec ta famille dont qui a vécu la même, enfin qui a vécu cet événement et avec tes proches, amis, qui sont totalement indépendants de ça tu...*

Non, j'ai plus de facilités à donner des conseils à des amis.

*Et tu vas jusqu'aux ordonnances comme tu disais ? De prise de sang, ou je sais pas, de pilule, de choses comme ça ?*

Prise de sang ouais, après les médicaments j'aime pas trop. Mais faire une sérologie, un test de grossesse tout ça ça me dérange pas, mais tout ce qui est médicament...

*OK, merci beaucoup.*

# Résumé

---

## POSITIONNEMENT DES INTERNES EN MÉDECINE GÉNÉRALE FACE AUX PROBLÈMES DE SANTÉ DE LEURS PROCHES

Enquête quantitative et qualitative auprès des internes du département de médecine générale de Paris-Diderot

**Introduction** Comme tout être humain, le médecin a des proches qui peuvent être malades. Ses compétences médicales peuvent l'amener à s'impliquer dans leur prise en charge. Qu'en est-il des internes, médecins en formation, en spécialité de médecine générale? **Méthode** 173 questionnaires ont été remplis et analysés à partir de l'ensemble des internes en médecine générale du département de médecine Générale Paris -Diderot (participation 34,88%). 10 entretiens semi-directifs ont donné lieu à une analyse qualitative. **Résultats** La quasi-totalité des internes avait déjà été sollicités par leurs proches pour des questions de santé et plus de la moitié d'entre eux s'étaient déjà positionnés comme soignants pour un de leurs proches. Plus de 90% avaient rencontré des difficultés dans leur vécu et sur le plan pratique. Les internes ayant réalisé le stage ambulatoire de niveau 1 étaient plus sollicités et se positionnaient plus souvent comme soignants. Les entretiens ont montré que les rôles joués pour les proches malades étaient très variés et que les internes cherchaient leur positionnement face aux soignants. Le passage du « côté patient » permettait de réaliser que l'information médicale fait souvent défaut. Les internes prenaient un rôle majeur dans l'information et le soutien du proche malade et de l'entourage. Leur compréhension des situations les isolait dans leur vécu de la situation, et le recours aux pairs apparaissait comme la meilleure échappatoire. **Conclusion** Le positionnement face à la maladie des proches évolue avec la maturation dans le cursus. Les internes de notre étude s'interrogent sur le juste positionnement et tendent vers un accompagnement informatif de leurs proches. Lors du stage ambulatoire, l'entrée dans la pratique de la médecine générale marque un tournant dans les sollicitations. Quand les internes s'impliquent, ils sont confrontés à des difficultés propres pratiques, et d'identité, pour être considérés comme médecins par leurs proches. L'expérience des situations vécues de proches malades, entraîne une attention particulière à la délivrance de l'information médicale et une empathie plus importante dans la pratique.

**Mots clés** : Médecine générale, relation médecin-patient, vie du médecin.