



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2014 N°211

Soigner ses proches : une erreur ?

**Recherche des facteurs contributifs d'évènements indésirables lors de soins
délivrés par un médecin généraliste à ses proches.**

***Etude qualitative auprès de douze médecins généralistes par entretiens semi-
dirigés.***

THESE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1
et soutenue publiquement le **21 octobre 2014**
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

DEMOND épouse DELMAS Vanessa
Née le 28 août 1985 à Vénissieux (Rhône)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1
FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2014 N°211

Soigner ses proches : une erreur ?

**Recherche des facteurs contributifs d'évènements indésirables lors de soins
délivrés par un médecin généraliste à ses proches.**

***Etude qualitative auprès de douze médecins généralistes par entretiens semi-
dirigés.***

THESE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1
et soutenue publiquement le **21 octobre 2014**
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

DEMOND épouse DELMAS Vanessa
Née le 28 août 1985 à Vénissieux (Rhône)

Liste des enseignants 2013/2014

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Allouachiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bastien	Olivier	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Baverel	Gabriel	Physiologie
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie brûlologie
Calender	Alain	Génétique
Chapet	Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chatelain	Pierre	Pédiatrie (surnombre)
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Claris	Olivier	Pédiatrie clinique ; addictologie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton	François	Anatomie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Dalle	Stéphane	Dermato-vénéréologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement

Edery	Charles	Génétique du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Finet	Gérard	Cardiologie
Fouque	Denis	Néphrologie
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Hot	Arnaud	Médecine interne
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Jegaden	Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Kohler	Rémy	Chirurgie infantile
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Laville	Maurice	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Martin	Xavier	Urologie
Mauguière	François	Neurologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Mion	François	Physiologie
Miossec	Pierre	Immunologie
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie

Moulin	Philippe	Nutrition
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Perrin	Gilles	Neurochirurgie
Peyramond	Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ;
Raudrant	Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; reproduction ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rossetti	Yves	Physiologie
Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Scoazec	Jean-Yves	Anatomie et cytologie pathologiques
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Tilikete	Caroline	Physiologie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Zoulim Fabien Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeur des Universités - Médecine Générale

Letrilliart Laurent
Moreau Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

Flori Marie
Zerbib Yves

Professeurs émérites

Bérard	Jérôme	Chirurgie infantile
Boulanger	Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Itti	Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp	Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Tissot	Etienne	Chirurgie générale
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Paul	Neurologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Bricca	Giampiero	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Bui-Xuan	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Buzluca Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Cellier	Colette	Biochimie et biologie moléculaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charbotel-Coing-Boyat	Barbara	Médecine et santé au travail
Charrière	Sybil	Nutrition
Chevallier-Queyron	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail
Dubourg	Laurence	Physiologie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Escuret Poncin	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Franco-Gillioen	Patricia	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Hadj-Aissa	Aoumeur	Physiologie
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lasset	Christine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Laurent	Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lièvre	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Peretti	Noel	Nutrition
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rheims	Sylvain	Neurologie (stag.)
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ;
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Thibault	Hélène	Physiologie
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques (stag.)
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire
Voiglio	Eric	Anatomie
Wallon	Martine	Parasitologie et mycologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Figon	Sophie
Lainé	Xavier

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

COMPOSITION DU JURY :

Président du jury :

Monsieur le Professeur Cyrille COLIN

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Louis TERRA

Madame le Professeur Sylvie ERPELDINGER

Monsieur le Docteur Marc CHANELIERE

Remerciements

A vous, Monsieur le Professeur Colin, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider la soutenance de cette thèse. Votre soutien et votre engouement pour mon travail ont été d'une aide précieuse.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis Terra, merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Vos enseignements à travers des jeux de rôle et votre dynamisme m'ont profondément marquée.

A Madame le Professeur Sylvie Erpeldinger, merci pour votre enthousiasme et vos conseils lors de la présentation de mon mémoire de stage chez le praticien. La justesse et la pertinence de vos remarques ont contribué à ce travail.

A Monsieur le Docteur Marc Chanelière, merci d'avoir accepté de diriger ce travail avec beaucoup de disponibilité et réactivité suite à chacune de mes sollicitations. J'estime avoir beaucoup de chance de vous avoir eu comme directeur de thèse, je me suis sentie guidée et soutenue tout au long du parcours.

A toi Fred, je ne te remercierai jamais assez pour le stage de médecine générale que j'ai passé à tes côtés, ton soutien m'a permis de prendre confiance en moi et grâce à toi, j'ai rencontré Marc Chanelière.

Aux douze médecins que j'ai interviewés, sans qui ce travail n'aurait pu être accompli.

A toutes les équipes de soignants qui ont jalonné mon parcours.

A Marc, merci pour ton compagnonnage et les instants partagés.

A Jacques, toi mon amour, qui m'accompagnes depuis presque dix ans. Ton soutien infailible et ta patience m'ont permis de devenir la femme et le médecin que je suis aujourd'hui.

Maman, Papa, merci de m'avoir entourée de votre amour dans toutes les étapes importantes de ma vie. Merci à toi ma Mounette, d'avoir pris le temps de lire et relire mon travail.

Merci à mes frérots de savoir m'entraîner dans des moments de détente avec votre petite touche de folie bien à vous. Je vous aime.

A mes beaux-parents, merci pour vos encouragements, votre soutien et l'amour que vous me portez.

A ma grand-mère dont les yeux remplis d'amour et de fierté m'emplissent de joie.

A Patricia, Rosa et Mamie Anna, j'espère que vous êtes fières de moi.

A mes cousines Béa et la Schlousss, merci pour votre amour.

A Aline et Alice, merci pour votre soutien inconsidéré et votre belle amitié.

A Maëlou et Basile, mes filleuls dont je suis très fière.

A tous ceux et toutes celles que j'ai rencontrés au cours de ces longues années d'études, pour les fous rires et soirées partagés.

A Damien et Franck, merci pour votre affection et disponibilité.

A tous les patients qu'il m'a été, et qu'il me sera donné de rencontrer, espérant être digne de leur confiance.

Résumé

INTRODUCTION : La relation médecin-« proche patient », basée sur le lien psychoaffectif, bouleverse le raisonnement médical, favorise la survenue d'évènements indésirables liés aux soins (EIAS). L'objectif est d'identifier les facteurs contributifs d'EIAS lors de soins prodigués à un proche par un médecin généraliste (MG).

METHODE : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de MG exerçant en libéral avec retranscription et anonymisation des enregistrements. Analyse des données selon la théorie ancrée avec codage manuel axial, transversal et triangulation.

RESULTATS : Douze MG ont été interrogés. Les proches sont la famille, amis ou collègues. Les facteurs contributifs d'EIAS sont médecin-dépendants (fatigue, examen incomplet, inattention, raisonnement erroné...), patients-dépendants ou en lien avec leur relation (manque d'informations, préjugés, subjectivité, émotions...), facteurs liés au système de soin, à la maladie. L'impact psycho émotionnel est important avec des réactions de défense, modifications de relations et de pratiques.

DISCUSSION : Peu d'EIAS graves sont retrouvés. Certains facteurs sont communs lors d'EIAS chez des patients classiques, d'autres sont spécifiques. Les MG donnent des soins à leurs proches pour des pathologies bénignes, sinon renvoient sur un confrère. Les conditions de soins sont souvent inadaptées. L'affect troublerait le jugement du MG, perturberait le rationnel et l'intuitif.

CONCLUSION : Les EIAS surviennent en l'absence de cadre physique et psychique, avec confusion des rôles. Si un MG prend en charge ses proches, il doit savoir dans quel cadre procédural et contextuel il le fait pour tendre à une qualité de soins optimale.

Mots clés : médecins généralistes / effets indésirables / famille / relations médecin-malade

Table des matières

I.	INTRODUCTION	1
II.	CHAPITRES INTRODUCTIFS	3
A.	Soigner ses proches	3
1)	Réglementation, législation et déontologie	3
2)	Les proches	4
3)	La relation médecin-« proche patient »	5
4)	Les avantages	6
5)	Les difficultés rencontrées	6
B.	L'erreur médicale	11
1)	Les difficultés du médecin généraliste	11
2)	Définitions et sémantique	12
a)	Evènement indésirable	12
b)	Erreur	12
c)	Aléa thérapeutique	13
d)	Faute	13
3)	Taxonomie de l'erreur	14
4)	Revue de mortalité et de morbidité	16
5)	Facteurs et causalité	18
a)	Les compétences en médecine générale	18
b)	La méthode des tempos	19
c)	Les facteurs contributifs	22
6)	La grille CADYA	27
C.	Traits psychiques et personnalité du médecin	29
III.	MATERIEL ET METHODE	31
A.	Type d'étude	31
1)	Etude qualitative	31
2)	Entretiens individuels	32

3) Entretiens semi-dirigés.....	32
B. Réalisation de la bibliographie	33
C. Population	35
1) Critères d’inclusion	35
2) Recrutement.....	35
D. Canevas d’entretien	37
E. Entretiens semi-dirigés.....	39
1) Réalisation des entretiens	39
2) Retranscription des entretiens.....	40
F. Analyse des données	42
IV. RESULTATS.....	44
A. Caractéristiques des données recueillies	44
1) Caractéristiques de la population.....	44
a) Participation	44
b) Caractéristiques des médecins interviewés	44
2) Caractéristiques des entretiens.....	46
B. Les proches.....	48
C. Evènements indésirables et facteurs de causalité	49
1) Analyse par entretien	49
a) Analyse des cas évoqués sous forme de tableau	49
b) Analyse du cas du fils d’Henri selon la méthode CADYA.....	56
c) Analyse du cas d’Isa selon la méthode CADYA.....	58
2) Analyse transversale.....	60
a) Facteurs médecin-dépendants.....	60
b) Facteurs patient-dépendant et liés à la relation médecin-« proche patient »	61
c) Facteurs liés à l’environnement et au système de soin	64
d) Facteurs liés à la maladie.....	65
D. Impact de l’évènement indésirable.....	66

1) Analyse par entretien	66
2) Analyse transversale.....	69
E. Conduite à tenir vis-à-vis d'une demande de soins par un proche.....	71
1) Analyse par entretien	71
2) Analyse transversale.....	74
V. DISCUSSION	76
A. Méthode.....	76
1) Limites de l'étude	76
a) Inhérentes au thème général abordé.....	76
b) Inhérentes à la population échantillonnée	76
c) Inhérentes à la réalisation des entretiens.....	76
d) Inhérente à la méthodologie d'analyse.....	77
2) Force et intérêt du travail.....	78
B. Résultats	79
1) Situations exposées.....	79
2) Facteurs contributifs à un évènement indésirable.....	82
a) Comparaison des facteurs contributifs	82
b) Facteurs évitants, culture de sécurité	86
c) Facteurs contributifs et personnalité du médecin	88
d) Perspectives.....	89
3) Impact d'un évènement indésirable	90
4) Conduite à tenir face aux proches.....	93
5) Compétences non techniques et gut feeling.....	97
6) Cadre et procédure.....	101
C. Propositions et ouverture	103
VI. CONCLUSION	104
Références bibliographiques.....	106
ANNEXE A : courrier de recrutement	113

ANNEXE B : canevas d'entretien	114
ANNEXE C : entretiens.....	116
ANNEXE D : définitions et terminologie	179

I. INTRODUCTION

« Peut-on soigner ses proches ? », titre d'un article du blog du Docteur Sangsue (1), est une question que chaque médecin s'est un jour posée. « *Les demandes de conseils médicaux commencent pour beaucoup d'entre nous, dès l'école de médecine, quand nous revenons à la maison pour les vacances...* » disait Eastwood (2). Par la suite, quand nous devenons des médecins bien formés, les membres de notre famille et nos amis nous demandent de les aider à naviguer dans la complexité du système de soins, d'interpréter des symptômes, des signes physiques, des résultats de laboratoire, de leur recommander un médecin généraliste ou un spécialiste, d'expliquer un diagnostic ou bien encore d'être l'intermédiaire entre les différentes ressources médicales et paramédicales. Chaque médecin se retrouve un jour confronté à une demande de soin par un de ses proches, que ce soit pour une prise en charge globale ou une simple demande d'information, un conseil (3,4). L'occasion pour un médecin de donner des soins médicaux à des membres de sa famille est souvent considérée comme un privilège, représentant une reconnaissance gratifiante de la compétence (5).

En 1794, 2500 ans après Hippocrate, T. Percival, médecin et philosophe anglais qui fut le premier à aborder la question des médecins qui traitent les membres de leur famille, considérait que l'éthique médicale voudrait qu'on ne soigne pas ses proches (6,7).

M. Mailhot dans « *Caring for our own families* », indique que pour fournir des soins de haute qualité, nous devons éviter les omissions, les fausses hypothèses, la violation de la confidentialité, le manque d'objectivité. Cependant, lors du traitement d'un membre de sa famille, le risque de commettre une de ces erreurs est beaucoup plus grand que lors de la prise en charge des autres patients (7).

La perte d'objectivité, fréquemment décrite dans les différents travaux relatant du soin des proches (2–5,7–10) serait un point névralgique dans ces prises en charge. F. Chen et al., en 2001, décrivent le fait que la maladie d'un membre de la famille engendre une émotion qui peut obscurcir la pensée critique et le bon jugement (9). Cependant, nous ne sommes pas, ou peu préparés à la rencontre d'un tel dilemme éthique.

La pierre angulaire de cette relation médecin-« proche-patient » résiderait dans la part psychoaffective de celle-ci. Comme le rappelle l'article sept du code de déontologie médicale : « *l'objectivité nécessaire à l'action du médecin s'accommode mal de sentiments subjectifs* » (11). Ainsi, « *la présence de sentiments bouleverse le raisonnement médical et favorise la survenue d'erreurs* » (10).

Le questionnement sur les déterminants de ces évènements indésirables lors des soins prodigués par un médecin généraliste à ses proches, avec entre autre, la part de l'affectif, nous a semblé être un sujet de réflexion digne d'intérêt.

Nous nous sommes dès lors demandé quels pouvaient être les facteurs contributifs d'évènements indésirables liés aux soins lorsqu'un médecin prenait en charge un de ses proches en soins primaires.

Nous avons fait l'hypothèse que certains facteurs influenceraient de manière défavorable la décision médicale dans la prise en charge de son entourage par un médecin généraliste.

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les facteurs de risque de survenue d'évènements indésirables au cours de soins donnés à ses proches par un médecin généraliste. Les objectifs secondaires sont de comparer ces facteurs de risque à ceux connus dans la littérature pour la prise en charge d'un patient dit classique et enfin, d'identifier l'impact de ces évènements indésirables chez le praticien.

II. CHAPITRES INTRODUCTIFS

A. *Soigner ses proches*

1) *Réglementation, législation et déontologie*

Selon le **Serment d'Hippocrate** (12), le médecin s'engage à prodiguer ses soins à l'indigent et à quiconque le lui demandera. Cela donne la possibilité, voire le devoir d'accepter une demande de soin d'un proche, mais il est précisé également que le médecin préservera l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de sa mission. Or cette indépendance est compromise quand il s'agit d'un proche.

En 1803, **Thomas Percival**, médecin et philosophe anglais, considérait que l'éthique médicale voudrait qu'on ne soigne pas ses proches. Il soulignait que l'anxiété générée par la maladie de ses proches risquait d'obscurcir son jugement et de produire de la timidité et de l'irrésolution dans sa pratique (6).

Depuis 1980, le **Collège des Médecins du Québec** a promulgué un code de déontologie médicale dont l'article 70 mentionne que « *le médecin doit, sauf dans les cas d'urgence ou dans les cas qui manifestement ne présentent aucune gravité, s'abstenir de se traiter lui-même ou de traiter toute personne avec qui il existe une relation susceptible de nuire à la qualité de son exercice, notamment son conjoint et ses enfants* » (13).

En 1993, l'**American Medical Association**, dans le cadre du Code of Medical Ethics (14), incitait les médecins à ne pas soigner leurs proches, en dehors des situations d'urgence dans des endroits isolés où aucun autre médecin n'est disponible. Le médecin ne devait pas être le médecin référent de ses proches mais pouvait occasionnellement prendre en charge les problèmes bénins aigus. En réalité, cette attitude stricte semble difficile à respecter, les médecins étant soumis à de multiples facteurs parfois non maîtrisables pouvant influencer sur leurs décisions.

Certains états des USA (Virginie, Massachusetts, Caroline-du-Nord) requéraient de tenir un dossier médical sur tous ces actes, de documenter un examen clinique et interrogatoire avant toute prescription et interdisaient la prescription de substances contrôlées pour des proches. Certaines assurances comme Medicare ne remboursaient pas les actes donnés à un proche (15).

L'article 7 du **Code de la déontologie** (11) stipule que le médecin doit soigner en toutes circonstances et avec la même conscience toute personne, quelle que soit sa situation. Le **Conseil National de l'Ordre des Médecins**, dans le cadre de l'article R4127-7 du Code de la santé publique (16), affirme que « *le médecin va soigner un ami, un proche ou une personnalité avec une attention renforcée, des précautions supplémentaires, qui peuvent être aussi bien bénéfiques que nuisibles.*

L'objectivité nécessaire à l'action du médecin s'accommode mal de sentiments subjectifs. » (17). Cependant, il n'existe aucune interdiction explicite dans les textes régissant l'exercice de la médecine en France. Le code de la Sécurité Sociale n'impose pas de conditions au remboursement des prestations à un lien de parenté entre l'assuré et le médecin praticien.

2) *Les proches*

La première idée qui vient à l'esprit dans notre culture lorsqu'on parle de proches est qu'il s'agit de la famille. Le dictionnaire Larousse définit le proche comme un parent, un ami intime. Cependant, la notion de proche ne peut mener à une définition unique mais plutôt à une tentative de définition en l'absence de consensus clair. Etre proche d'un patient implique une proximité (physique, affective, philosophique, religieuse...) par rapport à celui-ci, mais également une notion de partage et de communion. La proximité est un terme ambigu, on peut être proche et géographiquement éloigné, le lien qui lie étant un lien affectif ou intellectuel, parfois philosophique (18).

Le proche est en effet le plus souvent un membre de la famille, et il diffère fréquemment en fonction de l'âge du patient (19) :

- les proches parents
- les proches enfants
- les proches conjoints
- les proches amis

La liste des « parents proches » reconnus par la Medicare aux États-Unis comprend les conjoints, parents, enfants, frères, sœurs, beaux-parents, beaux-enfants, beaux-frères, belles-sœurs, grands-parents, petits-enfants, conjoints des grands-parents ou des petits-enfants, neveux et nièces (3).

Selon le comité d'éthique de l'American College of Physicians, pour décider si un patient était trop intime pour que le médecin le prenne en charge, ce n'était pas le type de relation qui comptait mais le fait que le médecin soit émotionnellement proche : un ami pouvait être plus proche qu'un membre de la famille éloignée géographiquement (20).

3) *La relation médecin-« proche patient »*

L'étude de La Puma a constaté qu'il s'agissait d'une pratique courante (3). L'analyse de la littérature montre qu'en effet, dans une grande partie des cas, les médecins soignent leurs proches. Soixante-quatre pour cent des médecins interrogés par L. Masson donnent à leurs proches des soins complets (21), 66% se positionnent comme médecin traitant selon S. Cornec (48% pour leur conjoint et 53% pour leurs enfants) (22). Soixante-quinze pour cent des médecins interrogés par B. Joffre Berthomme (23) prennent en charge totalement ou principalement la santé de leurs enfants et 61,5% des enfants sont suivis par leur propre parent d'après le travail de N. Madec (8). Les médicaments les plus couramment retrouvés dans la prescription pour un proche sont les antibiotiques, les antihistaminiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les antidépresseurs, les hypnotiques et les contraceptifs oraux (15,24,25).

Le médecin généraliste peut considérer comme naturel de soigner sa famille ou ses amis par tradition familiale, par amour ou amitié, par désir d'aider ou d'être disponible, par commodité ou curiosité, voire par devoir (26). Ces raisons dépendent de la personnalité du médecin et des relations affectives entretenues. Fournir des soins médicaux à sa propre famille et ses proches soulève un certain nombre de questions éthiques, émotionnelles et de compétences (25).

Lorsqu'un médecin traite un de ses proches, la relation caractérisée habituellement par l'empathie, devient alors une relation caractérisée par la sympathie (7,21). Les émotions sont au cœur du soin, mais prendre acte de ses émotions sans se laisser submerger ne va pas de soi. L'émotion habite le soignant face à son patient, elle est même constitutive du colloque qui se tient entre l'un et l'autre. Elle est avant le sentiment, elle prépare son lit, l'installe et le permet (27). La relation soignant – soigné est une relation d'aide, une communication qui, pour être thérapeutique, doit être faite dans la dignité, l'humilité et le respect mais aussi dans l'affectif. C'est en vivant pleinement ses émotions que l'on est aidant : trop distant, nous sommes dans l'incapacité de soigner mais trop près, c'est la fusion, le risque de perte d'identité dans la relation.

Dans les études, il est souvent mis en avant le problème de l'affectif, qu'il est difficile de contenir. Quatre-vingt-deux pour cent des cas de refus de soins du médecin généraliste à son conjoint sont liés à la mise en jeu de l'affectif pour les médecins interrogés par L. Masson (21). Quarante médecins interrogés par B. Joffre Berthomme ne veulent pas prendre en charge leurs enfants en raison d'un problème d'affectif (23).

Les relations professionnelles des médecins avec leurs patients sont fondées sur la responsabilité fiduciaire alors que les relations familiales, elles, sont basées sur l'amour (20). La rencontre clinique avec un membre de sa famille n'est pas une relation typique médecin – patient.

4) *Les avantages*

Certains avantages à répondre à une demande de soins par un proche sont mis en avant (4,20,28):

- La bonne connaissance du patient
- Le côté pratique de l'accès au soin
- La confiance dans son « proche médecin »
- La situation rassurante dans laquelle se trouve le « proche patient »
- La disponibilité du médecin
- La gratuité, la diminution des dépenses de santé publique
- La réévaluation et le suivi plus aisés
- Le sentiment de fierté et d'utilité que ressent le médecin
- La liberté de décision, la simplicité de la relation, l'absence de jugement et d'intermédiaire pour le médecin
- La facilité et la rapidité de prise en charge lorsque le proche est adressé à un confrère

5) *Les difficultés rencontrées*

Ces situations sont fréquemment à l'origine de difficultés. En effet, il peut être difficile de fixer des limites claires lorsque les patients sont des proches et cela peut mener à un conflit au sujet des rôles, une relation thérapeutique mal définie et même une intrusion des frontières (7). Les répercussions sur les liens amicaux et familiaux peuvent être importantes et le médecin se retrouve alors dans l'impossibilité de satisfaire à la fois ses idéaux en tant que médecin et en tant que proche (28). Le docteur D, femme médecin généraliste de l'étude Malaisienne qui refusait de prendre en charge les membres de sa famille faisait remarquer : « si vous traitez vos parents et disons que quelque chose va mal, alors ils vont en parler pendant encore trois générations » !(29)

Consciemment ou inconsciemment, que ce soit le médecin ou le patient, ils peuvent laisser passer des informations importantes, ne voulant pas forcément partager leurs secrets les plus intimes (7). Intentionnellement ou non, un « proche patient » peut oublier de mentionner un traitement (psychiatrique notamment), une consommation de drogues, des pratiques sexuelles

(10,20) ou d'autres éléments très personnels ; ce qui représente un manque d'information pour le médecin dans sa démarche diagnostique.

De même, l'aspect informel de la consultation, des interrogatoires et examens souvent incomplets, des consultations souvent réalisées au domicile familial voire même parfois par téléphone, sont des remarques fréquemment évoquées par les médecins interrogés au cours des études (10). Dans 73% des cas, le conjoint ne consulte pas au cabinet médical mais probablement au domicile et 28% d'entre eux n'ont pas de dossier médical selon N. Madec (8). V. Bonvalot rapporte que 70,43% des médecins généralistes soignent leur famille en dehors du cabinet médical (30). Par conséquent, le médecin exerce sa profession dans des conditions qui sont loin d'être des plus favorables: il n'a pas tout son matériel à disposition, ni les documents professionnels, ni même le dossier médical. De même, après une journée de travail, l'envie n'y est sûrement plus. Les conditions de consultation sont donc inadaptées (8).

De plus, la pudeur, le rapport à la nudité du proche lors de l'examen clinique sont souvent évoqués comme un frein à une prise en charge optimale (4,7,8) parce que cela rend mal à l'aise les deux parties et que médecin et patient ne sont pas prêts à faire face à une telle intimité. Treize des médecins interrogés par J. Peltz-Aïm disent ne pas vouloir examiner leurs proches ou alors le faire de façon « restreinte » (10).

La proximité peut également conduire à la non compliance dans la prise en charge du proche. Certains médecins ont des difficultés à faire respecter l'observance de leur prescription (4). Nous sommes parfois plus enclins à prendre au sérieux les conseils quand ils sont prodigués par un étranger que lorsqu'ils sont livrés par un « proche médecin ». Famille et amis peuvent s'interroger sur la capacité et les compétences médicales de leur proche qu'ils voient d'abord comme une fille, un fils, une nièce, un ami, etc. Le médecin M6 interrogé par P. Dagnicourt disait au cours de son entretien « il a du mal à me voir comme un médecin, je suis sa conjointe donc quand je vais lui dire quelque chose, s'il est pas d'accord il va pas le faire. Il va pas forcément adhérer à mon traitement » (4).

La relation médecin – « proche patient » peut être confrontée à un manque d'objectivité (10) en raison du lien émotionnel existant entre le médecin et le patient. Il est difficile de prendre du recul, d'évaluer une situation de façon appropriée, rationnelle, de prendre des décisions neutres sans faire référence à ses propres besoins et insécurité lors de la mise en jeu de l'affectif (7). Dans ces situations, le médecin généraliste se retrouve souvent confronté à un dilemme : en faire trop,

dramatiser ou ne pas en faire assez. C'est à ce moment-là que la peur de l'erreur peut surgir (29) ; le médecin est perturbé dans son raisonnement médical et se retrouve face à un manque de confiance en soi.

Lors de la prise en charge d'un « proche patient », les relations avec les confrères sont modifiées. Que ce soit pour des prises en charge ponctuelles ou en tant que médecin traitant, les médecins évoquent le problème de la confraternité et le possible désaccord avec les autres praticiens intervenant dans la prise en charge (4). Souvent, les médecins ont dû se positionner contre une prise en charge et reconnaissent qu'il était alors difficile de faire preuve de confraternité et de diplomatie.

Enfin, la confidentialité et le secret médical peuvent être violés ou compromis lorsqu'un médecin prend charge un proche (7), en particulier lorsque les liens familiaux sont étroits. Souvent, les autres membres de la famille insistent pour « savoir ce qui se passe », inquiets pour la santé de leurs proches et peuvent inciter ainsi les médecins à révéler des informations médicales.

Ces « limites » de la pratique de la médecine peuvent être néfastes pour une prise en charge médicale et peuvent avoir des conséquences sur la pose d'un diagnostic. Mailhot dans « Caring for our own families » (7) conseille de se rappeler que les relations personnelles, que ce soit en famille ou entre amis, mettent toujours en péril une relation médecin – patient. Il affirme même que lors de la prise en charge d'un membre de sa famille, le risque de commettre une erreur de type omission, fausse hypothèse, violation de confidentialité, manque d'objectivité, est beaucoup plus grand que lors de la prise en charge de patients lambda.

L'élaboration de recommandations strictes semble utopique en raison de la complexité des situations et de la diversité des positionnements mais différents auteurs ont proposé des questionnements et des règles claires pour s'assurer de soigner ses proches dans des conditions habituelles d'exercice.

J. La Puma et E. Priest en 1992, ont à ce titre, proposé aux médecins une réflexion personnelle à travers sept questions à se poser avant de répondre à une demande de soins venant d'un membre de la famille (31) :

- Suis-je formé pour gérer la demande de soins de mon proche ?
- Suis-je trop proche pour l'interroger sur son histoire personnelle et état physique, et pour être porteur de mauvaises nouvelles le cas échéant ?

- Puis-je être suffisamment objectif pour ne pas dispenser trop ou pas assez de soins ou de façon inappropriée ?
- Est-ce que mon implication médicale est susceptible de provoquer ou d'intensifier des conflits familiaux ?
- Mes proches seront-ils plus compliants si les soins sont prodigués par un médecin indépendant ?
- Vais-je autoriser le médecin à qui j'adresse mes proches à s'occuper d'eux ?
- Suis-je prêt à rendre des comptes à mes pairs et à la société pour cette prise en charge ?

À noter que ce questionnaire excluait les situations d'urgence ou les problèmes récurrents mineurs qui ne devaient pas affecter l'objectivité du médecin ou soulever de problèmes éthiques.

L'enquête qualitative de P. Dagnicourt (4) a permis de soulever d'autres interrogations susceptibles de compléter ces questions (28) :

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

Par la suite, G. Eastwood en 2009, a établi cinq recommandations pour répondre aux demandes de conseils médicaux de parents et amis (2) :

- Soyez clair sur vos attentes et celles du demandeur, y compris si l'on vous demande de simples renseignements ou votre avis. Si pour quelque raison que ce soit vous ne pouvez pas répondre à la demande, que ce soit clair.

- Prenez en charge vos parents ou vos amis avec la même expertise professionnelle et le jugement que vous auriez pour tout patient, même si ces interactions peuvent être informelles. Documentez la rencontre avec de brèves notes dans vos fichiers personnels, ce qui peut être utile si vous continuez à prendre en charge vos amis ou parents.

- Soyez conscient qu'un examen physique structuré et surtout le règlement de la consultation rendent la relation médecin – patient légale. La plupart des demandes d'avis médical ne nécessite pas un examen physique structuré mais si vous choisissez d'examiner le patient, vous devez décider si l'examen doit avoir lieu ou non dans votre cabinet.

- Respectez l'autonomie et la confidentialité du demandeur et conformez-vous aux exigences des lois de santé et de l'Assurance Maladie le cas échéant. Assurez-vous que le demandeur approuve le partage de l'information, même dans les relations intimes.

- Soyez conscient du risque de conflit entre votre rôle d'ami ou de parent et celui en tant que médecin. Votre jugement professionnel peut être en désaccord avec votre jugement émotionnel.

B. L'erreur médicale

1) Les difficultés du médecin généraliste

A mi-chemin entre les compétences nécessaires et les erreurs commises, il y a des difficultés rencontrées dans la pratique de médecine générale. A ce titre, Beaulieu et al. ont proposé un listing des différentes difficultés auxquelles se heurte le médecin généraliste à travers onze catégories (32):

- **le diagnostic clinique** (histoire de la maladie, examen physique, identification immédiate du diagnostic, etc.)
- **les examens complémentaires** (accès à ces examens, interprétation, effet secondaire pour le patient, etc.)
- **la relation médecin – malade** (non – compliance du patient, différence entre les attentes, absence d'empathie, etc.)
- **la relation médecin – entourage du patient** (manque de coopérativité de l'entourage, interactions entre eux, etc.)
- **sentiments personnels du médecin** (réactions émotionnelles générées par le problème posé, sentiment d'impuissance, crainte de se tromper, manque d'intérêt ou de motivation pour le problème posé, crainte des conséquences pour le médecin, etc.)
- **les relations entre le médecin, le système de soins et d'autres soignants** (inadéquation des ressources du système de santé, accès aux spécialistes, carence d'échange d'informations, etc.)
- **la dimension psycho – sociale** (complexité de l'intervention sur le contexte social du problème, reprise du travail, etc.)
- **le traitement et le suivi** (absence de traitement spécifique ou échec, effets secondaires, poly médication et interactions médicamenteuses, etc.)
- **la formation initiale et la formation continue** (acquisition et maintien de connaissances et compétences, manque d'entraînement, manque de formation, etc.)
- **la prévention** (mesures éducatives et préventives, individuelles et collectives, techniques de dépistage, etc.)
- **gestion du cabinet** (manque de temps et patients trop nombreux, organisation du cabinet, dépenses du cabinet, etc.)

2) Définitions et sémantique

D'un point de vue étymologique, l'erreur signifiait anciennement l'action d'errer, d'aller dans une direction imprécise.

La survenue d'une erreur renvoie souvent à la notion de faute et au sentiment de culpabilité, la crainte d'une sanction judiciaire et pour cela, il existe des résistances à la déclaration des erreurs pour les médecins généralistes (33). Pour progresser efficacement dans la prévention des erreurs, mieux vaut mettre un terme à cette confusion entre faute et erreur.

a) Évènement indésirable

L'OMS considère qu'il s'agit d'un évènement ou d'une circonstance associé(e) aux soins qui aurait pu entraîner, ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas de nouveau.

Le Ministère de la santé définit l'évènement indésirable lié aux soins comme un évènement défavorable pour le patient, consécutif aux stratégies et actes de prévention, de diagnostic, de traitement et de réhabilitation. Il est considéré comme grave s'il est susceptible d'entraîner une hospitalisation, une prolongation d'hospitalisation d'au moins un jour, un handicap ou une incapacité à la fin de l'hospitalisation, ou encore s'il est associé à une menace vitale ou à un décès, sans qu'il n'en ait été nécessairement la cause directe. Inversement, un évènement indésirable peut n'avoir causé aucun dommage au patient, soit parce qu'il était minime, soit par hasard, soit parce qu'il a été stoppé avant d'avoir causé ce dommage. Par ailleurs, il est considéré comme évitable lorsque les enquêteurs ont jugé qu'il ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de l'évènement.

La notion d'évènements indésirables ne trouve pas d'équivalence propre et unique dans la littérature anglo-saxonne (34). Elle renferme à la fois la notion *d'adverse events* (évènements défavorables) et celle de *bad outcomes* (mauvais résultats).

b) Erreur

Une erreur n'est pas délibérée et lorsqu'elle est intentionnelle, résulte d'une mauvaise appréciation ou d'un défaut de connaissances (35). Elle peut provenir du non-respect des politiques de santé, des protocoles, des consensus, des règles de soins mais également être consécutive à une inattention, une distraction, un oubli ou tout autre évènement fortuit survenant lors du soin (36). Elle

est à définir comme un dysfonctionnement et à rapprocher du caractère d'évitabilité de certains évènements indésirables.

S. M. Dovey nous propose en 2002 une définition de l'erreur assez pragmatique: « n'importe quel évènement inattendu, non anticipé, survenu au cours de votre pratique et dont vous pensez : " ceci a menacé le bien-être du patient et n'aurait pas dû arriver. Je ne veux pas que cela se produise à nouveau ". Un tel évènement est susceptible d'affecter la qualité des soins que vous prodiguez à vos patients, il peut être grand ou petit, administratif ou clinique, et vous considérez qu'il doit être évité à l'avenir » (37). Cette définition est suffisamment large pour englober tous les évènements indésirables susceptibles de survenir lors des soins ambulatoires, y compris lorsqu'ils ne présentent pas de conséquences graves (38).

c) Aléa thérapeutique

La part de hasard, appelée aléa thérapeutique, peut être définie comme étant « la réalisation, en dehors de toute faute du praticien, d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical et qui ne peut être maîtrisé » (P. Sargos).

L'aléa thérapeutique est un risque d'incident à l'occasion d'un acte médical : même en l'absence de toute faute et en dépit d'un déroulement conforme et satisfaisant, chaque acte est susceptible d'entraîner des conséquences non souhaitées pour le patient. C'est la conséquence anormale d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins. Ni l'état de santé initial du patient, ni l'évolution de sa maladie n'aurait dû entraîner de telles conséquences (39).

Il regroupe trois formes d'incident : l'accident médical (par exemple, au cours d'une opération, le patient déclare une allergie qu'il n'était pas possible de prévoir), l'affection iatrogène (à la suite d'une intervention chirurgicale, le patient conserve des séquelles neurologiques non expliquées) et l'infection nosocomiale (à la suite d'une opération, le patient est infecté par un virus ou une bactérie contractée dans l'enceinte de l'établissement) (39).

d) Faute

Une faute, quant à elle, enfreint les procédures ou les normes instaurées pour la sécurité des patients et, à ce titre, constitue une inattention susceptible de sanctions (35). Elle suppose l'existence de négligence ou plus grave encore de tromperie et prend une dimension professionnelle lors du traitement judiciaire d'une situation d'évènement indésirable (34).

La *figure 1* illustre les recouvrements entre les différents termes. L'erreur médicale participe à l'évènement indésirable qu'elle ne recoupe qu'en partie. L'ensemble des trois cercles, une fois déduit celui de la faute, correspond à l'aléa thérapeutique (40).

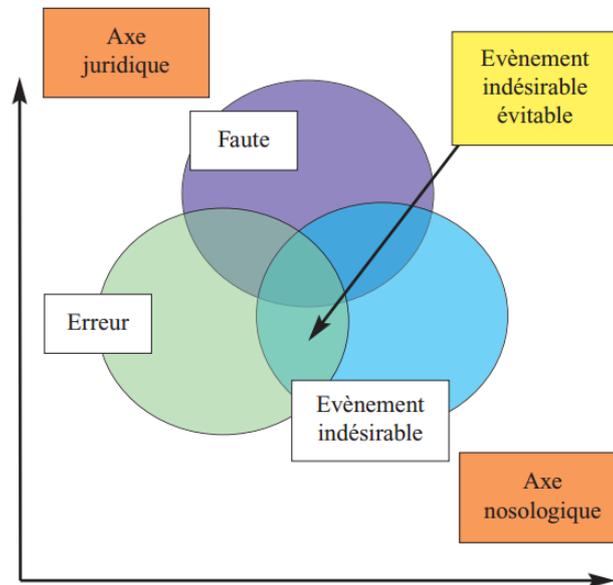


Figure 1. Les ensembles d'évènements indésirables (40).

3) Taxonomie de l'erreur

Plusieurs études ont été menées pour proposer des classifications des erreurs rencontrées en soins primaires, reposant sur la collecte de situations d'évènements indésirables rapportées par des médecins généralistes.

L'étude de Dovey en 2002 a permis d'identifier six principales catégories (37):

- **erreurs administratives** (informations manquantes dans le dossier etc.) : 31%
- **erreurs d'investigation** (absence ou demande inadaptées d'explorations paracliniques etc.) : 25%
- **erreurs thérapeutiques** (traitements inadaptés, retards thérapeutiques etc.) : 23 %
- **erreurs techniques** (geste mal réalisé par défaut de compétence) : 6 %
- **erreurs de communication** (erreurs relationnelles médecin – patient, médecin – autres professionnels de santé) : 6 %
- **erreurs diagnostiques** : 4 %

Pierre Klotz, a lui aussi proposé une classification pour les erreurs médicales. L'intérêt de cette classification repose dans son potentiel pédagogique pour le médecin. Elle est organisée autour de trois catégories principales : erreurs cognitives, sensori – motrices et d'attitudes (41).

I. TAXONOMIE DE L'ERREUR MÉDICALE (P. KLOTZ)		
ERREURS COGNITIVES	ERREURS SENSORI-MOTRICES	ERREURS D'ATTITUDES
<p>1. DIAGNOSTIQUES</p> <p>1.1. Mémorisation</p> <p>1.1.1. PRIMAIRES : ignorances</p> <p>1.1.2. SECONDAIRES : oublis</p> <p>1.1.3. TERTIAIRES : restitution</p> <p>Objet : a. connaissances médicales b. faits concernant les personnes c. carences de recyclage</p> <p>1.2. Raisonnement</p> <p>1.2.1. STADE PRÉ-TEST</p> <p>1.2.1.1. Recueil des informations : interrogatoire, examen physique, tableau clinique, contexte</p> <p>1.2.1.2. Formulation du problème et des hypothèses : similitudes/fréquence, sur- et sous-estimation</p> <p>1.2.2. CONFIRMATION</p> <p>Choix, quantité (trop ou trop peu), interprétation, prise en compte de l'évolution</p> <p>1.2.3. DÉCISION</p> <p>Appréciation du rapport risques + coûts/bénéfices</p> <p>Pronostic, protocole de surveillance</p> <p>2. EXÉCUTION DES DÉCISIONS</p> <p>2.1. Erreurs par défaut</p> <p>2.2. Erreurs qualitatives</p> <p>2.3. Erreurs par excès</p> <p>2.4. Erreurs de séquence</p> <p>2.5. erreurs de délai</p>	<p>1. Inaptitudes physiques</p> <p>2. Défaut de prédisposition</p> <p>3. Manque d'entraînement</p> <p>4. Inadéquation du matériel</p> <p>5. Difficultés propres de l'acte</p>	<p>1. FACTEURS PROPRES AUX MÉDECINS</p> <p>a. affectifs</p> <p>b. caractériels (b' fortuits/b" permanents)</p> <p>c. culturels et linguistiques</p> <p>d. éthiques</p> <p>e. gestionnaires</p> <p>f. réaction à l'erreur</p> <p>g. gestion de surinformation</p> <p>h. conception de l'objectif des soins</p> <p>i. prise en compte des coûts</p> <p>j. attitude à l'égard des médecins parallèles</p> <p>k. coordination des soins</p> <p>2. FACTEURS CIRCONSTANCIELS</p> <p>a. environnement</p> <p>b. conditions psychologiques</p> <p>c. relation médecin-malade</p> <p>d. conditions d'équipement</p> <p>3. Facteurs liés aux patients</p>

LA REVUE DU PRATICIEN - MÉDECINE GÉNÉRALE. TOME 17. N° 626 DU 13 OCTOBRE 2003

4) *Revue de mortalité et de morbidité*

Dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'évaluation des pratiques professionnelles, la Haute Autorité de Santé a proposé un guide méthodologique de revue de mortalité et de morbidité (RMM) (42). Il s'agit d'une analyse collective, rétrospective et systémique (analyse globale de la situation prenant en compte tous les éléments organisationnels, techniques et humains en interaction ayant contribué à la prise en charge d'un patient) de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient. Elle est applicable en soins primaires et a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'action pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. La non – culpabilisation des personnes ayant participé à la prise en charge est indispensable à l'objectivité et au succès de la recherche des causes. Toutes les personnes assistant à ces réunions sont tenues au secret professionnel.

Les cas analysés en RMM sont des situations marquées par un évènement qui aurait pu provoquer un dommage au patient ou qui a entraîné une complication, voire un décès. Ils sont issus du quotidien des médecins généralistes : retards et erreurs de diagnostic, iatrogénie, problèmes de coordination interprofessionnelle et de continuité des soins, etc.

Déroulement d'une séance de RMM :

1. *Présentation du cas* : description chronologique et anonyme des faits, complète, précise et non interprétative
2. *Recherche et identification de problème(s) de soins* : problème(s) rencontré(s), processus défaillants, pratiques non optimales, problèmes liés aux soins
3. *Recherche de causes et analyse de la récupération* : recherche des facteurs favorisant ou contributifs pour chaque problème rencontré et analyse de la récupération mise en œuvre pour rétablir la situation
4. *Proposition d'un plan d'action* : mise en œuvre et suivi d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité

En ce qui concerne la recherche de causes, le guide de RMM propose pour chaque problème de soins rencontré de se poser les questions : *Pourquoi cela est-il arrivé ? Qu'est-ce qui a « favorisé » la survenue du problème ? Quels sont les facteurs nécessaires pour que cela arrive ?*

Les facteurs favorisant sont recherchés dans les domaines suivants :

- **facteurs liés au contexte institutionnel :**
contexte réglementaire, politique et social, contraintes économiques et financières, restructuration, liens avec d'autres organisations ou établissements
- **facteurs liés à l'organisation et au management :**
organisation et gouvernance, contraintes du secteur d'activité, moyens affectés (humains et matériels), niveau de décision, rapports hiérarchiques, gestion des ressources humaines, information, gestion des risques, culture, qualité et sécurité
- **facteurs liés à l'environnement de travail :**
matériel, sites et locaux, équipements, fournitures, maintenance, charges de travail, conditions de travail, ergonomie
- **facteurs liés au fonctionnement de l'équipe :**
communication orale et écrite, supervision, mode de transmission des informations, aides, leadership, composition, dynamique et interactions entre les personnes
- **facteurs liés aux procédures opérationnelles :**
conception, répartition, planification, lisibilité des tâches et activités à effectuer : existence, validation, actualisation, disponibilité, utilisation, faisabilité et acceptabilité des procédures opérationnelles
- **facteurs individuels (personnels) :**
capacités techniques, relationnelles, compétence, formation, motivation, stress ou fatigue, état physique et psychologique, adaptations
- **facteurs liés au patient :**
antécédents, traitement, statut (gravité, complexité, urgence), environnement social et familial, personnalités, difficultés de compréhension (âge, langue, pathologies...)

Après chaque facteur favorisant identifié, se poser la question : *Etait-ce suffisant pour expliquer le problème rencontré ?*, afin d'identifier d'autres facteurs favorisant. Pour chaque facteur favorisant identifié, se poser la question : *Pourquoi ?* afin de rechercher un élément de causalité explicatif supplémentaire.

Il convient de ne pas arrêter l'analyse lors de la découverte d'une erreur humaine ou d'un écart par rapport à une procédure, mais de toujours en rechercher une cause. En effet, dans une vision systémique, c'est la cause qui peut faire l'objet d'une action correctrice et non pas l'erreur ou l'écart.

5) *Facteurs et causalité*

a) *Les compétences en médecine générale*

Le cœur de la gestion des risques en médecine générale renvoie à un croisement entre les compétences à mobiliser et celle du temps à maîtriser.

Les compétences techniques portent typiquement sur tout le domaine de l'enseignement universitaire et de l'art médical. Il s'agit de tout ce qui peut se rapporter à l'examen médical (anamnèse, examen physique, sémiologie, examens complémentaires) et à la thérapeutique (sous toutes ses formes et particulièrement ce qui a trait aux recommandations et règles de bonne pratique) (43).

Les compétences non techniques quant à elles, reposent sur un savoir nécessaire à l'activité professionnelle, mais plus général, actuellement peu abordé par le biais des enseignements traditionnels :

- relation au patient et à son entourage
- aptitude à répondre aux situations (informations utiles, connaissance et compréhension, anticipation)
- aptitude à prendre une décision (identifier les hypothèses, peser les risques et sélectionner les options, réévaluer)
- gestion des tâches et des priorités (planifier et préparer, prioriser et hiérarchiser, se conformer aux standards, identifier et utiliser les ressources, etc.)
- gestion des conflits (avec le patient, ses collègues, ses employés, contrariétés du jour, etc.)
- gestion de collaboration dans le système médical
- gestion des outils (informatique, téléphone, dossier, documents administratifs, etc.)
- gestion de son niveau de stress et de fatigue

Bien que peu enseignées, les compétences non techniques sont paradoxalement reconnues plus souvent à l'origine des défaillances que les compétences techniques. C'est aussi le cas en aéronautique où des formations spécifiques à ces compétences non techniques sont maintenant obligatoires pour les pilotes et sont même évaluées par des examens (43,44).

b) *La méthode des tempos*

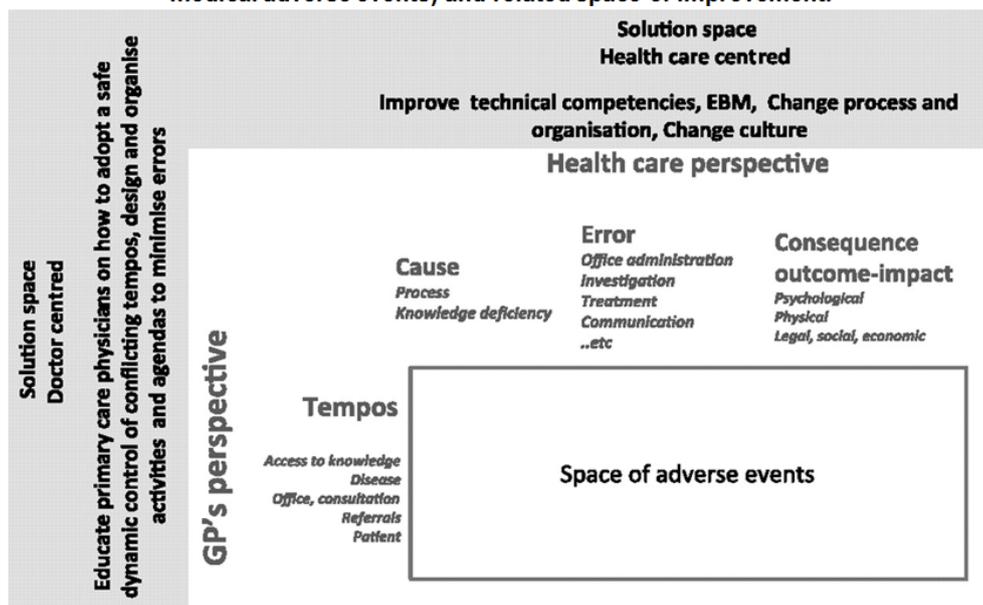
Il s'agit d'une méthode développée par Amalberti et al. (45) permettant l'analyse des évènements survenus en médecine libérale de ville à travers les différentes dimensions temporelles et les défaillances résultant du contrôle synchrone de ces dimensions.

Cinq tempos ont été répertoriés :

- **tempo cabinet** : problèmes d'organisation du cabinet (agenda, interruptions, traçabilité)
- **tempo médecin** : défaut de connaissances, de compétences ou de mobilisation de ses compétences
- **tempo maladie et traitement**: évolution inhabituelle des comorbidités ou de la maladie, traitement d'action plus lente, pas ou trop efficace
- **tempo patient** : perte de temps du patient avant ou durant sa prise en charge, mauvaise relation médecin-patient
- **tempo système médical**: défaut d'organisation ou de communication entre les professionnels et les structures de santé

L'art de la médecine générale est de savoir gérer harmonieusement les différentes compétences à mettre en jeu et les différents tempos souvent contradictoires entre eux (43). Chaque fois qu'un tempo spécifique est privilégié sur les autres, on constate une dégradation des autres composantes car il se produit une substitution d'un risque par un autre (effet domino du risque lié à la maîtrise du temps) (46).

Healthcare-centred taxonomies of medical adverse events and related space of improvement versus doctor-centred taxonomy of unsafe dynamic control of medical tempos (leading to medical adverse events) and related space of improvement.



Amalberti R , and Brami J BMJ Qual Saf
 doi:10.1136/bmjqs.2010.048710

Cet apprentissage de la gestion du temps comme outil de gestion des risques n'est pas clairement enseigné à l'université. À ce titre, Amalberti et al. ont proposé quelques règles de base simples pour mieux maîtriser les tempos (43).

Tempo de la maladie et du traitement :

- Compétences techniques :
 - rester dans le domaine de ses compétences techniques, avoir conscience de leurs limites
 - passer la main rapidement en cas d'évolution potentiellement rapide ou très vulnérable aux autres tempos
- Compétences non techniques :
 - informer le patient sur le temps du traitement : passer du temps avec le patient ou son entourage, avec des mots adaptés pour lui expliquer l'évolution temporelle attendue et des consignes de surveillance

Tempo du patient :

- Compétences non techniques :
 - garder toujours le contrôle de la consultation : savoir dire non

- gérer les patients nomades : considérer chaque consultation comme unique, adapter la stratégie et ne pas compter sur le retour du patient
- gérer les patients à multiples demandes : tracer les demandes, clarifier ce qui va pouvoir être traité dans la consultation et programmer une prochaine consultation
- gérer les patients désobéissants ou peu réactifs : tracer et simplifier les traitements

Tempo du cabinet :

- Compétences non techniques :
 - se doter d'une façon de faire stable et prudente pour traiter les patients par téléphone
 - se doter d'une façon de faire pour les cas où le patient ne peut pas être vu rapidement
 - se doter d'une façon de tracer l'information en visite et au cabinet

Tempo du système médical :

- Compétences non techniques :
 - donner un agenda de parcours au patient avec des butées
 - se doter d'un aide-mémoire et d'une façon de suivre les retours de demandes d'exams ou de visites de patients à risque

c) *Les facteurs contributifs*

La *figure 3* extraite de la publication d'A. Bhasale montre que le diagnostic médical implique un certain protocole d'action combiné avec le jugement clinique du médecin généraliste, qui peut être envahi par des facteurs externes (47).

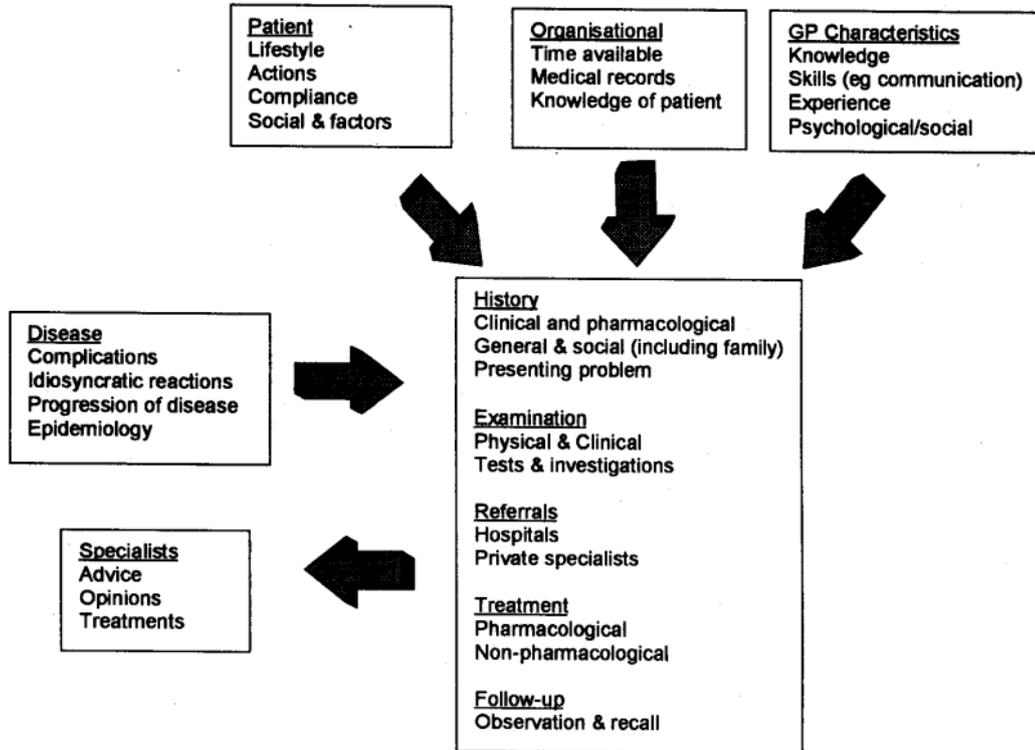


Figure 3. Le processus diagnostique en médecine générale

Plusieurs auteurs ont identifié les facteurs de causalité contributifs à une erreur ou un événement indésirable. Parmi ces études, quatre notamment ont été effectuées sur une population comportant exclusivement ou en partie des médecins généralistes exerçant en soins primaires :

- Ely et al. (48) aux Etats-Unis en 1995
- Bhasale et al. (49) en Australie en 1998
- Miyasaka et al. (50) au Japon en 2006
- Jacobs et al. (51) au Canada en 2007

Ces facteurs de causalité peuvent être regroupés en six grandes catégories : stress du médecin, facteurs liés au médecin (compétences techniques et compétences non techniques), facteurs liés au patient, facteurs de communication, facteurs liés au système de soins, facteurs liés à la maladie.

Les erreurs sont souvent la conséquence de multiples facteurs et il est parfois difficile d'identifier un facteur de causalité exclusif pour une erreur donnée. De multiples facteurs peuvent

simultanément contribuer à une seule erreur (50). À noter qu'il n'y a pas non plus d'associations évidentes entre les facteurs contributifs spécifiques et le type d'incident (50,51).

La classification suivante a été établie à partir des différentes études citées auparavant (48–51) et du travail de C. Savage (52).

Facteurs de stress du médecin :

- être pressé
- charge de travail importante
- être distrait
- être fatigué / fin de journée ou semaine
- influence de l'opinion des autres
- conditions de consultation stressantes (téléphone, week-end, heure de partir)
- la nature de la relation avec les patients qui interfère avec des soins appropriés (trop familier ou inconnu)
- médecin en colère en général
- médecin occupé par un travail non clinique

Facteurs liés au médecin :

- dans sa situation personnelle (état physique et psychologique)
- dans sa pratique générale : négligence, manque de vigilance, inattention, orgueil, trop optimiste, volonté d'aller vite, mauvaise organisation, locaux inadaptés
- informations insuffisantes
 - sous-estimation de l'état du patient / mauvaise appréciation de la gravité
 - anamnèse incomplète
 - examens inadéquats
 - évaluation du patient insuffisante
 - mauvaise connaissance du patient
- connaissances déficientes ou insuffisantes
 - manque de connaissances sur ce cas
 - connaissances insuffisantes / champs de compétences larges en médecine générale
 - manque d'information sur les propriétés pharmacologiques et les événements indésirables des médicaments
 - utilisation insuffisante des ressources et protocoles
 - médecin ayant un « trou de mémoire »
 - manque d'expérience en général
- compétences cognitives ou de jugement déficientes

- médecin induit en erreur par des symptômes bénins
- échec dans la reconnaissance des signes et symptômes
- diagnostics différentiels ou raisonnement diagnostique inadéquats
- erreur de jugement
- médecin ne demandant pas conseil auprès d'autres confrères
- médecin n'ayant pas demandé les examens complémentaires nécessaires
- médecin n'ayant pas vérifié les résultats d'examens
- médecin s'appuyant sur la technologie
- médecin ne voulant pas faire de frais supplémentaires à la charge du patient
- absence d'un bon suivi / défaut de continuité des soins
- erreur d'exécution (« erreur stupide »)
- non-respect des protocoles et des pratiques couramment acceptées
- omission de procédures de contrôle
- dossier médical mal ou non renseigné
- écriture illisible sur l'ordonnance
 - facteur aggravé par des noms de médicaments à consonances similaires
- dans sa relation avec le patient
 - bonne connaissance (induit représentations et a priori)
 - proximité (fausse le raisonnement)
 - déni
 - sentiment d'infériorité vis-à-vis du patient
 - absence de relation de confiance

Facteurs liés au patient :

- dans sa situation personnelle :
 - aspect physique et personnalité
 - niveau socioculturel / difficultés économiques
 - anxieux, plaintif
 - sexe différent de celui du médecin
- consultation tardive / déni
- attitude vis-à-vis de la consultation :
 - patient ayant consulté un autre médecin
 - consultation initiale pour un autre membre de la famille
 - consultation en dehors des horaires du cabinet
- patient n'ayant pas compris le problème ou le traitement

- patient avec problèmes psychiatriques
- difficultés de compréhension de la langue
- âge du patient
- patient embarrassé par certains symptômes
- patients donnant des informations inexactes
- patient non compliant à la prise en charge
- patients ayant le même nom
- comportements gênants du patient / pression sur le médecin
- patient demandant à ne pas être hospitalisé
- problèmes liés à l'entourage du patient

Facteurs de communication :

- problèmes d'ordre relationnel
- manque de communication entre le patient et le système de santé
- manque de communication entre les professionnels de santé
- médecin n'ayant pas correctement informé le patient

Facteurs liés au système de soins :

- problèmes de coordination entre les services de soins
- absence de contrôle des dossiers médicaux
- résultats normaux trompeurs
- étiquetage incorrect ou imprécis des médicaments
- insuffisance administrative
- équipements non vérifiés ou mal entretenus
- examens ou autre médecin non disponibles
- établissements en sous-effectif
- manque de lits dans les établissements
- pression de la Sécurité Sociale, discours politiques

Facteurs liés à la maladie :

- complexité du cas
- pathologie rare
- contexte épidémique
- symptomatologie frustrante
- présentation atypique

En 2009, l'étude française EVISA (Les évènements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes) a étudié le contexte et les facteurs contributifs de la survenue d'un évènement indésirable en médecine ambulatoire (53). L'analyse approfondie des causes avec les médecins généralistes a montré de multiples facteurs contributifs.

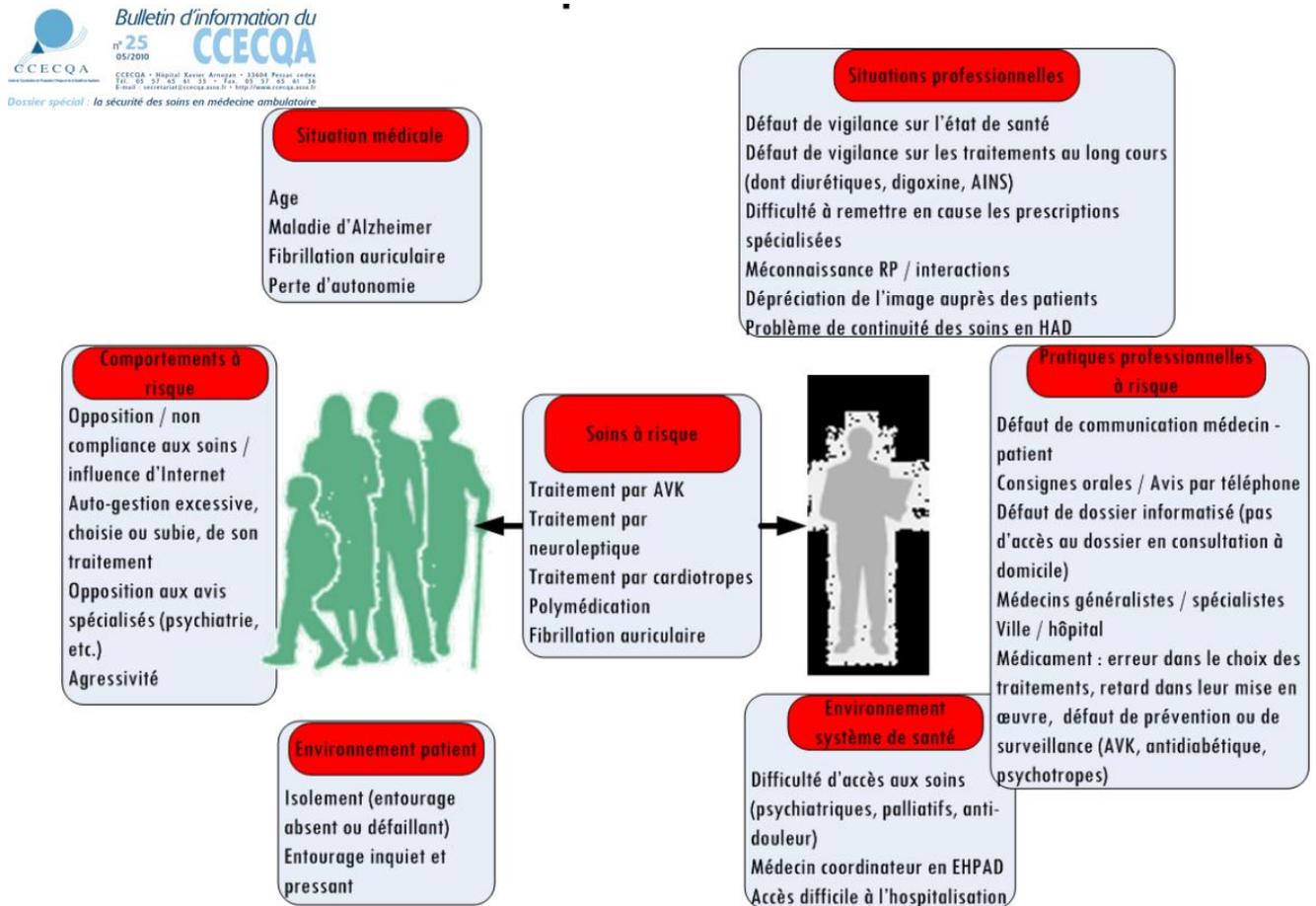


Figure 4 : Extrait de l'étude ESPRIT 2013 – présentation résumée (54)

6) *La grille CADYA*

Récemment, dans le cadre d'une RMM pluriprofessionnelle ambulatoire en région Rhône-Alpes, l'outil CADYA (Catégorisation des dysfonctionnements en ambulatoire) a été développé entre 2011 et 2013 pour permettre l'analyse des évènements indésirables liés aux soins ambulatoires (55). Il s'agit d'une grille opérationnelle et adaptée, explorant les dimensions relationnelles et les prises de décisions auxquelles sont confrontés les professionnels en soins primaires.

Les facteurs contributifs d'évènements indésirables liés aux soins ambulatoires ont été classés selon quatre axes principaux : les facteurs humains, les facteurs techniques et aspects matériels, les facteurs environnementaux (contexte de soins) et les processus de soins (compétences mises en œuvre dans la décision médicale et sa réalisation) (55).

Facteurs techniques :

- Facteur matériel
 - panne, défektivité, indisponibilité
 - défaut d'utilisation (usage inadapté ou procédure d'utilisation non suivie, absence de fiche ou manuel d'utilisation)
- Système d'information
 - données erronées ou manquantes
 - défaillance du système de communication

Facteurs environnementaux:

- Contexte social du patient (lieu et contexte de vie, situation sociale au sens large)
- Contexte d'action du soignant
 - actes non programmés, urgence
 - lieu de prise en charge (cabinet, domicile ou ailleurs)
 - gestion de la charge de travail (retards, absence de rendez-vous disponible, surcharge)
- Perturbateur contextuel (téléphone, irruption d'un tiers)
- Système de santé
 - offre de soins (absence de soignant ou offre de soins inadaptée)
 - aspects administratifs ou financiers (défaut de couverture sociale, aspects financiers empêchant ou retardant une prise en charge)

Facteurs humains:

- Liés au soignant (affect inadapté dans la relation, fatigue ou stress altérant la performance individuelle, croyances et représentations)
- Liés au patient (troubles du comportement, croyances et représentations)
- Liés aux autres soignants impliqués
- Autres tiers

Processus de soins :

- Dimension cognitive
 - défaut de formation (défaut de savoir par la formation initiale ou continue)
 - défaut de restitution (défaut de remémoration d'un savoir ou remémoration incomplète)
 - défaut de synthèse (décision inadaptée en dépit d'une formation et d'un raisonnement paraissant adapté)
- Procédure des soins
 - procédure non réalisée ou inadaptée
 - défaut de protocole (protocole de soins défaillant, non à jour ou absent)
- Coordination des soins
 - défaut de communication
 - suivi absent ou inadapté
 - absence de rétroaction

L'utilisation de la grille CADYA a un but pédagogique par la compréhension des mécanismes de survenue d'un évènement indésirable. Elle est pluriprofessionnelle afin de rester transversale et s'appuie sur une approche systémique (55).

C. Traits psychiques et personnalité du médecin

La nécessité pour les médecins d'accéder à l'intimité et au secret des personnes impose des contraintes déontologiques et culturelles évoquées dans le serment d'Hippocrate. Le médecin est à la fois humain et outil perfectionné et fiable. Il doit donc fonctionner et s'il ne le fait pas, il perturbe les soins. Longuement formé, il doit aussi savoir rester humain et sensible tout en étant conscient de son importance en tant que soignant et des privilèges dont il dispose. À travers son parcours entravé d'épreuves universitaires et humaines, il devient en quelque sorte un « super héros » qui se doit d'être admirable, certes pragmatique et riche de son expérience humaine mais aussi idéaliste et perfectionniste (56).

Nous vivons dans une société qui aime et valorise l'excellence, particulièrement en médecine où nous reconnaissons et gratifions les médecins qui, avec beaucoup d'efforts et d'acharnement, réalisent de grandes choses. Les médecins se retrouvent confrontés à une quête et une démonstration continuelle d'excellence. Le médecin perfectionniste a besoin d'être ou de paraître parfait. Il est persévérant, minutieux et organisé. Il entretient des normes parfois irréalistes et a tendance à se juger et à juger son entourage en cas d'échec. Le perfectionnisme est un des traits de personnalité qui rend l'individu très vulnérable et le moins apte à composer avec le stress (57).

Nous choisissons la médecine pour différentes raisons : intérêt pour les sciences, désir d'aider les autres ou influence de l'entourage notamment. Dans d'autres cas, c'est plutôt le statut social, le prestige ou le besoin de s'accomplir dans la vie qui motive le choix. Outre une habileté intellectuelle requise, s'ajoute une motivation importante qui permet d'accomplir les études médicales et de travailler par la suite pendant de nombreuses heures.

Le perfectionnisme qui nous pousse vers l'excellence est très encouragé et valorisé par la société actuelle mais la quête de la perfection peut se révéler douloureuse car elle est souvent engendrée à la fois par le désir de bien faire et par la peur des conséquences d'une erreur (57). Les répercussions émotionnelles du perfectionnisme s'inscrivent dans la peur de commettre des erreurs, un stress engendré par le désir de réussite et un embarras provoqué à la fois par le manque de confiance en soi et le doute. À cela, viennent s'ajouter la tension, l'exaspération, la déception, la colère, la tristesse et la crainte de l'humiliation.

Myers et Gabbard dans leur livre *The physician as patient* (58), décrivent une triade compulsive fréquemment observée chez les médecins : le doute chronique, le sentiment de culpabilité et le sens exagéré des responsabilités. Le doute, en soi, n'est pas nécessairement mauvais. Il permet de corriger un diagnostic erroné ou de réajuster un traitement qui s'avère inefficace. Il nous permet d'être plus méticuleux et nous empêche d'agir de façon impulsive ou de prendre de mauvaises décisions. Cependant, le doute chronique peut affecter le bien-être du médecin qui aura

des difficultés à prendre des décisions en raison de sa crainte de faire des erreurs. Il peut être à l'origine d'une anxiété chronique et d'une inquiétude permanente pour le médecin. Le sentiment de culpabilité lui, se retrouve chez le médecin qui se croit responsable de n'importe quelle complication ou non – observance d'un traitement alors que les patients ont eux aussi leur part de responsabilité et doivent collaborer à la prise en charge. La culpabilité est nécessaire au développement et à l'application du jugement moral. C'est grâce à elle que l'on est capable d'avoir des regrets, de l'empathie et du respect pour les autres. Quant au sens exagéré des responsabilités, il est lié à la fois au doute chronique et au sentiment de culpabilité. Si un confrère vous dit : « J'ai vu une de tes patientes en urgence, elle est en OAP ! ». Quel est votre premier réflexe ? Pour certains ce sera : « Qu'est-ce que j'ai mal fait ? ». Le professionnalisme demande bien sûr un grand sens de responsabilité et une conscience éthique élevée mais il faut aussi se rappeler qu'une grande part de la médecine ne peut être contrôlée (57). La toute-puissance secrète du médecin peut l'amener à penser qu'il est personnellement responsable de tout ce qui se passe.

Le perfectionnisme est souvent associé à d'autres traits compulsifs : rigidité, entêtement, incapacité à déléguer, orgueil, dévotion excessive au travail conduisant à négliger les relations humaines et les activités de loisirs (58).

Le médecin est un aidant par excellence. Selon Rogers, pour pouvoir aider son patient, il faut accepter de se centrer sur lui et pour cela, s'efforcer de respecter un certain nombre de conditions indispensables : la congruence, c'est-à-dire l'aptitude à être soi-même, à la fois affirmé dans sa position et rétracté dans son comportement car la rencontre concerne avant tout le patient ; la considération positive inconditionnelle, définie comme la capacité à ne pas juger ni diriger le patient et enfin, l'empathie, c'est-à-dire l'effort de l'aidant pour comprendre et ressentir le point de vue de l'autre (59). Eric Galam, pense également que les médecins sont façonnés à être, a priori, centrés sur l'autre : altruistes, compatissants, volontiers culpabilisables. Ils sont animés par un véritable « surmoi médical » qui peut les pousser, dans certains cas, à remettre en question leur sécurité juridique pour ne pas perturber leur relation avec leur patient ou en raison de difficultés à dire ou faire telle ou telle chose (56).

III. MATERIEL ET METHODE

A. *Type d'étude*

1) Etude qualitative

Nous souhaitons étudier le comportement du médecin généraliste dans le soin lorsqu'il prend en charge un de ses proches. L'objectif est d'identifier, d'analyser et de comprendre les mécanismes déterminants de l'erreur. La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer (60).

Lorsqu'il s'agit d'étudier des comportements, des ressentis, des représentations, la recherche qualitative représente un intérêt majeur puisqu'elle permet d'aborder la complexité de la réflexion et du vécu de l'individu. Elle permet de façon plus générale de répondre aux questions de type « pourquoi ? » ou « comment ? ».

Cette méthode s'est développée de façon importante dans le domaine de la recherche médicale depuis les années 1990 et elle est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale puisqu'elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins. Elle consiste, à travers des données recueillies au cours d'entretiens, à mettre en évidence, analyser et comprendre comment et pourquoi de tels comportements, attitudes, émotions ou autres phénomènes subjectifs et en faire ressortir les mécanismes déterminants.

D'abord utilisées dans les sciences sociales et humaines, les méthodes qualitatives ont longtemps été victimes d'une image négative et qualifiée « d'insuffisamment scientifiques ». La recherche qualitative n'a pas pour objectif de quantifier ou mesurer ; elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative (60). Elle ne présente pas de résultats statistiques mais n'en reste pas moins une méthode scientifique devant répondre à des critères de validité : définition rigoureuse de la question, des hypothèses et des objectifs, critères de sélection de la population en lien avec la question posée, recueil des données exhaustif notamment.

Ce type d'étude nécessite non seulement des dispositions humanistes, de la curiosité, de l'imagination et de la créativité mais également un sens de la logique, la capacité à reconnaître la diversité ou la régularité d'un phénomène.

2) *Entretiens individuels*

La méthode par entretien permet de laisser s'exprimer les idées et leurs associations ; correspondant à l'élaboration d'un discours par l'interviewé sous la direction et l'orientation de l'enquêteur.

La méthode du focus groupe, qui réunit plusieurs interviewés pour discuter ensemble du sujet, n'a pas été retenue étant donné qu'elle demande à chaque médecin interrogé d'être confronté à ses pairs. Le sujet de « l'erreur » pourrait mettre mal à l'aise ou en difficulté l'interviewé qui pourrait se sentir jugé par les autres participants et adopter une attitude de défense, modifiant ainsi son discours. Il y aurait probablement beaucoup de facteurs de résistance et de mécanismes de défense au cours de la rencontre, ne permettant pas un recueil optimal des données.

Les entretiens individuels sont plus chronophages mais permettent d'aborder des sujets plus délicats (60).

3) *Entretiens semi-dirigés*

L'entretien semi dirigé est un échange basé sur un guide d'entretien élaboré à partir de questions ouvertes, définies de manière préalable à partir de thématiques à aborder, afin que l'enquêté puisse s'exprimer librement tout en étant recentré sur le sujet si nécessaire (à la différence de l'entretien libre qui, sans thèmes prédéfinis à aborder peut parfois conduire à un hors-sujet).

Il s'agit d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté pour que ce dernier se sente libre de donner des informations qui de ce fait, sont plus explicatives et approfondies, à l'inverse de l'interrogatoire.

Ce guide d'entretien peut également contenir certaines relances, utilisables éventuellement au cours de la discussion. Les questions ouvertes permettent d'obtenir des informations multiples, représentant les intérêts portés par l'interviewé, non guidées par les préoccupations de l'investigateur.

C'est cette technique qui a été retenue puisqu'elle permet de s'appuyer sur un guide papier au cours des entretiens, facilitant alors la prise d'aisance au cours de l'interview.

B. Réalisation de la bibliographie

Nous avons tout d'abord procédé à une recherche documentaire afin de faire un état des lieux sur la question dans la littérature internationale. Cette recherche a été effectuée en langue française et anglaise.

Nous avons identifié les mots-clés du thesaurus MeSH (Medical Subject Headings) et leurs traductions en anglais à partir du portail de terminologie du CiSMeF (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française).

Les mots-clés utilisés pour la recherche ont été : (terme français/terme anglais)

- médecins généralistes / general practitioners
- médecine de famille / family practice
- médecins / physicians
- erreurs médicales / medical errors
- effets indésirables / adverse effects
- famille / family
- soin / care
- émotions / emotions

Ces mots-clés ont été combinés avec différents opérateurs booléens (ET-OU-SAUF/AND-OR-NOT) dans la base de données Medline via PubMed, sous le moteur de recherche Google et Google scholar, dans les SUDOC et Pétale (thèses d'exercice), le catalogue du portail documentaire de Lyon 1, le portail CAIRN (revues de sciences humaines et sociales).

La méthode par troncature (méd* génér* par exemple) a été utilisée pour obtenir un maximum de résultats.

Aucune balise temporelle n'a été établie mais les documents rédigés après 1980 ont été privilégiés dans un premier temps.

Les types de documents ressortis de cette recherche étaient : livres, thèses d'exercice, articles de revues scientifiques, textes de loi, documents extraits de sites Internet.

Nous avons lu les résumés des articles retrouvés et sélectionné ceux qui nous paraissaient appropriés dans le cadre de notre recherche.

À partir de chaque article et ouvrage trouvés dans un premier temps, nous avons analysé les références bibliographiques de ces documents à la recherche d'articles et ouvrages complémentaires pertinents qui n'étaient pas ressortis avec notre technique de recherche.

Pour les bases de données payantes, la recherche s'est faite grâce à la connexion Internet de la bibliothèque universitaire de l'Université Claude Bernard Lyon 1.

Cette recherche a permis de rassembler :

- 11 livres dont 4 livres numériques gratuits
- 23 thèses
- 6 textes de loi et déontologie
- 58 articles de revue
- 6 documents de sites Internet

Pour certains articles, nous n'avons pu avoir accès au texte complet ni dans le catalogue documentaire de la bibliothèque universitaire (elle ne donne accès aux revues qu'à partir d'une certaine date qui parfois est ultérieure à celle de publication de l'article) ni sur PubMed. Nous avons alors créé un compte sur ResearchGate qui est un réseau dédié à la science et à la recherche permettant de collaborer et découvrir des publications scientifiques de façon gratuite. Cela nous a permis de demander le texte intégral directement aux auteurs ou aux autres membres ayant ces documents dans leur bibliothèque.

Nous avons exploité la bibliographie au sein du logiciel gratuit de gestion de bibliographie ZOTERO.

En ce qui concerne les articles et documents en anglais, nous avons utilisé l'outil de traduction en ligne Google Translate pour nous aider dans la compréhension.

C. Population

Dans une étude qualitative, la population étudiée est largement échantillonnée afin d'explorer la plus grande diversité possible du thème étudié. C'est cette diversité qui est la source de la richesse des données (60). La taille de l'échantillon ne doit pas nécessairement être très importante pour fournir des informations contributives puisque l'information est validée par son contexte et non par sa probabilité d'occurrence. Ainsi, une seule information donnée par un entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires.

1) Critères d'inclusion

Les médecins inclus devaient être médecins généralistes exerçant la médecine générale libérale, installés ou non, ayant pris en charge un membre de leur famille et disponible pour participer bénévolement à l'entretien tout en acceptant ses principes.

Le médecin généraliste semble plus exposé aux demandes (61), possiblement du fait de sa position d'interlocuteur privilégié en soins primaires et du fait de la spécificité inhérente à la médecine générale en termes de prise en charge globale et de coordination des soins. C'est pour cela que nous avons choisi de mener l'étude uniquement auprès de médecins généralistes.

2) Recrutement

Les trois premiers entretiens ont été réalisés au cours d'une étude de faisabilité dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche lors du stage de niveau 1 chez le praticien présenté en novembre 2013 à l'Université Claude Bernard – Lyon 1. Le recrutement des médecins à ce moment-là, s'est effectué de vive voix, en partie sur le stage et d'autre part au sein de connaissances personnelles.

Une demande de participation à l'entretien a été envoyée par mail en février 2014 à 28 médecins faisant partie d'une mailing-liste d'un ancien maître de stage avec notamment des médecins d'un tour de garde d'un secteur de l'Ain. Le courrier de recrutement comportait peu d'informations sur le sujet de l'entretien en dehors du fait qu'il s'orientait autour des soins que l'on délivrait à notre entourage afin de ne pas biaiser le discours en provoquant une réflexion sur le thème avant la rencontre. Le courrier de recrutement peut être consulté au niveau de l'annexe A.

Aucune relance n'a été effectuée.

L'arrêt du recrutement s'est fait lorsque l'on a constaté que les deux à trois derniers entretiens réalisés n'apportaient plus d'informations nouvelles.

D. Canevas d'entretien

Le canevas d'entretien est une trame qui sert de base à la discussion avec les médecins. Il doit rester court et doit refléter les objectifs et thèmes de l'étude.

Il ne s'agit pas d'un questionnaire, il est composé d'une liste de thèmes que l'enquêteur aborde dans un ordre ou dans un autre, il est modulable en fonction du déroulement de la rencontre. Il est composé généralement de thèmes principaux et d'autres secondaires.

Le guide se modifie et s'enrichit au fur et à mesure des entretiens. Entre l'analyse et le recueil des données, le processus est continu et la découverte d'éléments imprévus dans un premier guide d'entretien peut amener à modifier celui-ci pour les entretiens ultérieurs (60). En effet, l'intervieweur peut rajouter des questions dans les suites d'une interview menant à une nouvelle interrogation ou face aux interactions qui ont pu s'y dérouler. Des questions de substitution, des positions de repli et des consignes à l'attention de l'enquêteur sont prévues afin d'éviter une situation de malaise durant l'entretien s'il est difficile à l'interviewé de répondre ou de rebondir sur le thème. Chaque question ne doit comporter qu'une seule idée et ne doit pas être connotée positivement ou négativement afin de ne pas orienter la discussion. De même, nous avons évité d'utiliser le mot « pourquoi » car souvent, il encourage des réponses généralisées et rationalisées.

Le canevas d'entretien a été testé et a fait preuve de sa faisabilité dans le travail de mémoire d'initiation à la recherche précédemment cité. Il est constitué de plusieurs items de réflexions sous forme de questions ouvertes, cohérentes, neutres et de compréhension aisée, concernant différents thèmes : le soin de ses proches, l'erreur dans le soin de ses proches, les déterminants de l'erreur etc. Au total, la version finale a été obtenue après un premier test auprès de trois médecins généralistes puis deux autres modifications ; permettant d'obtenir une grille compréhensive avec des transitions efficaces.

La première partie est explicative avec notamment une phase de présentation, recueil du consentement de la participation à l'entretien et de l'enregistrement audio des données.

Le premier thème abordé est celui de la représentation du proche et de ses soins, le sens du mot proche pour le médecin généraliste interviewé. La définition d'un proche était libre de leur interprétation. Il s'agit là de décrire l'expérience personnelle que l'enquêté a, en ce qui concerne la prise en charge de ses proches. Ce thème concerne principalement des généralités permettant de débiter une discussion en mettant le médecin généraliste à l'aise, de créer un climat de confiance sans aborder directement le sujet de l'erreur, identifié comme thème sensible dans le système de

soins. Cette deuxième partie se termine par une phrase de transition permettant d'aborder le thème de l'erreur.

La troisième partie du canevas d'entretien interpelle l'interviewé sur des situations concrètes d'évènements indésirables qu'il aurait vécues en prenant en charge un de ses proches. Ici, les mots sont pesés afin que le médecin ne se sente pas jugé. D'ailleurs, en fonction de la réaction, en général non verbale, de l'interviewé, l'enquêteur expliquera que ce n'est pas l'erreur en tant que telle qui est importante mais plutôt ses déterminants. De même, il veillera à ne pas trop orienter dans un premier temps l'interlocuteur pour laisser libre cours à ses idées. Quatre grandes questions sont identifiées comme devant être abordées : « qui ? », « quand ? », « où ? » et « comment ? ». L'objectif de cette partie est de faire décrire au médecin généraliste une situation d'évènement indésirable dans la prise en charge d'un proche avec un maximum d'informations et de détails. Enfin, la place donnée aux émotions et à l'affectif est abordée dans la discussion.

Ensuite, nous cherchons à savoir quel a été le vécu et l'impact de cet évènement indésirable, cette erreur, sur le médecin généraliste, sur sa pratique et ses relations avec ses proches. Dans cette partie, nous abordons notamment la question du reproche, des difficultés ou défaillances ressenties, du sentiment de culpabilité ou autres émotions ou des modifications de pratique engendrées.

La cinquième partie de la grille s'inscrit dans l'entretien en tant que synthèse en demandant à l'interviewé si finalement, après cette réflexion, on s'occupe de ses proches ou non. Il est également questionné sur les éléments rendant une décision médicale pour un proche, différente d'avec ses autres patients.

La conclusion de l'entretien débute par une formule de remerciements pour la participation à l'étude. Il est proposé à l'interviewé de recevoir par mail l'entretien retranscrit et anonymisé pour qu'il puisse donner son accord sur la justesse de la retranscription avant l'analyse des données. De même, nous évoquons la possibilité de lui retourner les résultats du travail, une fois terminé.

Une partie annexe est insérée à la fin du canevas d'entretien. Elle comprend les définitions des termes « évènement indésirable », « faute », « erreur » afin de pouvoir les communiquer à l'interviewé s'il le souhaite ou en a besoin au cours de l'entretien.

Le canevas d'entretien se trouve en annexe B.

E. Entretiens semi-dirigés

1) Réalisation des entretiens

Les conditions de réalisation de l'entretien doivent favoriser au maximum la disponibilité de l'enquêté et permettre d'obtenir un discours le plus libre possible (pièce au calme, isolée, en évitant au maximum les possibilités d'interruption). Il convient également, dans la mesure du possible, d'éviter les contraintes horaires (rencontre entre deux consultations). Le choix d'un environnement calme sur le plan sonore permet d'assurer le meilleur enregistrement possible de l'interview.

Dans notre étude, nous avons pris le parti de nous rendre auprès de l'interviewé pour l'entretien afin de limiter ses contraintes et favoriser sa participation à l'étude. La durée maximale des entretiens a été fixée à une heure. Les lieux et horaires étaient fixés par le médecin interviewé. L'enquêteur s'est adapté aux disponibilités des médecins généralistes pour la réalisation des interviews.

Un cadre contractuel est posé par l'intervieweur au début de l'entretien en se présentant, en évoquant l'objet de l'entretien, son thème et l'objectif du travail. L'enquêteur doit adopter une attitude de respect, d'ouverture et de tolérance pour créer un climat de confiance afin que ce qui prime pour l'enquêté soit le souci des réponses et non celui de l'impression produite sur l'enquêteur, compromettant ainsi la validité de l'information. Une attitude intelligemment critique avec une écoute active bienveillante et empathique de la part de l'enquêteur est nécessaire (62).

De même, il faut avoir connaissance du sujet mais garder l'attitude la plus neutre possible sans exprimer son propre point de vue. Il est nécessaire de mémoriser les grandes lignes du canevas afin de pouvoir garder le contact visuel avec le médecin interrogé. Une qualité requise pour un intervieweur est sa capacité à communiquer de façon claire et précise, à reformuler les idées et s'adapter à l'interviewé. Il est important d'être flexible et modifier si besoin l'ordre des questions à la dernière minute pour mieux s'adapter aux interventions de l'enquêté.

Quelques grands outils sont utiles à l'intervieweur :

- la pause active de quelques secondes après un commentaire en gardant le contact visuel peut encourager d'autres commentaires ou avis
- approfondir, faire préciser
- reformuler

- répondre de façon neutre à l'interviewé

D'autre part, les relances favorisent une expression confiante et permettent d'expliciter la pensée :

- en reprenant en écho les propos mêmes de l'interlocuteur pour insister sur l'affirmatif afin d'être sûr de l'exhaustivité des propos
- en reformulant les propos pour permettre une attitude de compréhension
- en orientant vers un autre thème, aiguillant ainsi le discours vers des points oubliés ou négligés

L'enregistrement de la discussion s'est fait sur format numérique avec un dictaphone et un iPhone, dont on a vérifié avant le début de l'entretien la bonne fonctionnalité. Une pile neuve de rechange était toujours prévue pour prévenir une défaillance subite et l'état des batteries était vérifié avant le début de l'entretien. L'utilisation de deux appareils d'enregistrement permet d'assurer une sécurité maximale pour pallier tout problème technique sur un appareil. A la différence de la prise de notes, l'enregistrement facilite la discussion, évite les interprétations et permet davantage de rigueur. L'enregistrement démarrait dès l'instant où l'on avait obtenu l'accord de l'interviewé et était stoppé une fois que nous convenions que l'entretien était terminé.

2) *Retranscription des entretiens*

La retranscription des entretiens se fait dans un court délai après leur réalisation afin de pouvoir indiquer tout le champ du non verbal, source importante d'information dans les études qualitatives. Elle est faite sous forme de fichier texte Word sur un ordinateur portable. Les enregistrements sont retranscrits dans leur intégralité (mot à mot), de manière exhaustive avec annotations (notamment entre parenthèses et en italique pour la partie non verbale de la discussion), de manière à respecter l'expression des sujets. L'objectif est de rester le plus fidèle possible dans la transcription. Il faut veiller à indiquer le plus de nuances possibles (ce qui est dit avec conviction, indiquer si ironie, indignation, colère, hésitation etc.) et noter le non verbal (rire, soupirs, pauses, silence etc.) car cela aide à comprendre le sens du texte. A noter que les parties concernant les présentations au début de l'entretien et les remerciements à la fin n'ont pas toujours été retranscrites pour une raison de longueur et lourdeur des dialogues.

Les quatre premiers entretiens ont été retranscrits de façon strictement manuelle et à partir du cinquième entretien, nous avons utilisé le logiciel DRAGON NaturallySpeaking avec son casque microphone qui a permis une retranscription à la simple dictée.

Les entretiens sont disponibles dans les documents en annexe C.

F. Analyse des données

Une analyse qualitative est un processus évolutif et continu qui démarre après le premier entretien. Cela permet non seulement d'adapter le guide d'entretien si nécessaire entre deux interviews mais aussi de déterminer le moment où l'on arrive à « saturation des données ». Le recueil des données se termine quand les idées deviennent récurrentes et qu'il n'y a pas de nouvelles idées qui surgissent (deux à trois entretiens supplémentaires seront réalisés).

Les informations issues des entretiens doivent être validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par la probabilité d'occurrence. On rappelle qu'une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une affirmation répétée plusieurs fois (63).

Plusieurs approches théoriques sont utilisables pour appréhender les données. Notre choix s'est porté sur la « grounded theory », c'est-à-dire la théorie ancrée. Cette méthode provient des sciences sociales, développée par Glaser et Strauss (1967), et postule que la théorie se construit à partir des données de la recherche, fonctionnant à l'inverse des méthodes dites plus traditionnelles puisque la recherche commence par la collecte de données à partir desquelles les éléments clés sont identifiés (60,64).

L'analyse commence d'abord par un codage manuel axial des verbatim, entretien par entretien. Chaque situation évoquée par les médecins généralistes est analysée pour identifier les facteurs liés à l'évènement indésirable et chaque partie du verbatim est classée dans une catégorie représentant l'idée qu'elle véhicule. À noter qu'une partie de texte peut contenir plusieurs idées et ainsi être classée dans plusieurs catégories différentes. Le codage est alors ouvert, toujours centré par la question de recherche. À la lecture des retranscriptions, le texte est codé, fragment par fragment puis réarrangé en une liste de catégories faisant émerger les thèmes principaux. Ce travail nécessite de lire et relire les données pour identifier ces thèmes et catégories sous tendus par des phrases ou des comportements. Certaines situations cliniques évoquées par les médecins généralistes, choisies pour leur pertinence, sont analysées à l'aide de la grille CADYA : les dysfonctionnements identifiés sont classés selon quatre axes principaux de facteurs contributifs à l'évènement indésirable: les facteurs humains, les facteurs techniques et aspects matériels, les facteurs environnementaux et les facteurs liés au processus de soins.

Secondairement, l'analyse s'effectue de façon plus transversale à travers tous les entretiens réunis. Des concepts sont définis, une cartographie des différents registres est dressée et des associations sont recherchées (60). Chaque catégorie peut faire l'objet d'une synthèse descriptive qui

peut quantifier très grossièrement sa fréquence (sans aucune validité statistique), sous forme d'occurrences dans la population étudiée.

Les citations illustrent l'analyse et sont choisies pour leur pertinence et/ou leur représentativité et ne doivent pas être trop nombreuses au risque de « noyer » le lecteur.

L'analyse doit être reproductible quelle que soit la personne qui la réalise ; les conclusions doivent être les mêmes, même si les chemins pour y arriver peuvent être différents.

La fiabilité des résultats sera assurée par :

- l'existence d'une étude pilote pour tester la compréhension des questions
- la neutralité et la compétence de l'intervieweur
- la clarification des réponses ambiguës
- le respect d'une méthodologie systématique
- le choix pertinent de l'échantillon théorique
- l'obtention d'une saturation des données
- la reproductibilité de l'analyse
- la triangulation (usage croisé de techniques de recueil de données (65))

IV. RESULTATS

A. *Caractéristiques des données recueillies*

1) Caractéristiques de la population

a) Participation

Trois entretiens ont été réalisés au cours d'une étude de faisabilité dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche lors du stage de niveau 1 chez le praticien.

Dix médecins sur les 28 courriels envoyés ont répondu favorablement à la demande de participation à l'entretien. Deux médecins sur dix n'ont pas donné suite à la proposition d'organiser une entrevue. Un entretien a été organisé « à la dernière minute » ; le médecin étant présent au cabinet lors de l'interview de son associé et acceptant de participer à l'étude.

Aucune relance n'a été effectuée.

b) Caractéristiques des médecins interviewés

La population était composée de cinq hommes pour sept femmes et la majorité des médecins exerçant en milieu semi-rural (deux médecins exerçant en milieu urbain et un n'ayant pas de cabinet).

La répartition concernant l'expérience était assez homogène ; trois médecins exerçaient depuis moins de cinq ans, quatre exerçaient depuis plus de vingt ans.

Neuf médecins sur douze estimaient être déclarés médecin traitant à la Sécurité Sociale pour moins de cinq proches et aucun médecin ne pensait être déclaré médecin traitant pour plus de dix proches. Les deux médecins déclarés médecin traitant pour cinq à dix proches exerçaient depuis plus de vingt ans. Tous les médecins exerçant depuis moins de cinq ans étaient déclarés médecin traitant pour moins de cinq proches.

Quatre médecins interrogés avaient effectué des formations complémentaires très diverses et variées : médecine subaquatique, victimologie, urgence, médecine du sport, homéopathie, etc.

Tableau représentant les caractéristiques de la population :

NOM	SEXE	TYPE D'EXERCICE	DUREE D'EXERCICE	NOMBRE DE PROCHES POUR QUI EST DECLARE MEDECIN TRAITANT	SPECIALITES ET FORMATIONS COMPLEMENTAIRES
<i>Henri</i>	H	Semi rural	> 20 ans	5 à 10	Néant
<i>Beniat</i>	H	Urbain	> 20 ans	< 5	Néant
<i>Ispa</i>	H	Semi rural	entre 5 et 20 ans	< 5	Médecine sub-aquatique
<i>Amandine</i>	F	Urbain	entre 5 et 20 ans	<5	Néant
<i>Sophie</i>	F	Semi rural	entre 5 et 20 ans	<5	Néant
<i>Bernard</i>	H	<i>Remplaçant non thésé</i>	< 5 ans	0	Néant
<i>André</i>	H	Semi rural	> 20 ans	< 5	Victimologie, réparation juridique des dommages corporels
<i>Laure</i>	F	Semi rural	entre 5 et 20 ans	< 5	Urgences hospitalières, médecine du sport
<i>Marie</i>	F	Semi rural	< 5 ans	< 5	Néant
<i>Patricia</i>	F	Semi rural	< 5 ans	< 5	Néant
<i>Caroline</i>	F	Semi rural	entre 5 et 20 ans	< 5	Néant
<i>Lise</i>	F	Semi rural	> 20 ans	5 à 10	Nutrition, homéopathie, acupuncture

2) Caractéristiques des entretiens

Les douze entretiens ont été réalisés sur la période de juillet 2013 à avril 2014. Toutes les interviews ont été effectuées dans une pièce isolée, avec un environnement sonore satisfaisant pour la discussion et son enregistrement. L'atmosphère au cours des entretiens était conviviale et aucun des entretiens n'a été interrompu. Les médecins interviewés semblaient être en confiance et à l'aise ; ils ont pu s'exprimer librement.

Tableau représentant les caractéristiques générales des entretiens :

NOM	DATE	HEURE	DUREE	LIEU	STATUT	TEMPS DE RETRANSCRIPTION
<i>Henri</i>	25/07/2013	17h30	18min32s	Au domicile du médecin	En vacances	2h30
<i>Beniat</i>	01/08/2013	19h15	9min35s	Au domicile d'un confrère	Après une journée de consultations	1h20
<i>Ispa</i>	01/08/2013	19h30	17min36s	Au domicile du médecin	En vacances	2h15
<i>Amandine</i>	27/02/2014	19h30	27min24s	Au cabinet du médecin, bureau de consultation	Après une journée de consultations	4h00
<i>Sophie</i>	28/02/2014	15h15	9min56s	Au cabinet du médecin, bureau de consultation	Rendez-vous sur une plage de consultation	1h41
<i>Bernard</i>	28/02/2014	18h00	21min54s	Au domicile du médecin	Médecin ne travaillant pas	4h30
<i>André</i>	18/03/2014	13h00	16min09s	Au cabinet du médecin, bureau de consultation	Après une matinée de consultations	2h15

<i>Laure</i>	24/03/2014	13h30	13min34s	Au cabinet du médecin, bureau de consultation	Après une matinée de consultations	2h08
<i>Marie</i>	28/03/2014	13h30	13min28s	Au cabinet du médecin, bureau de consultation	Après une matinée de consultations	2h15
<i>Patricia</i>	28/03/2014	13h45	6min47s	Au cabinet du médecin, bureau de consultation	Après une matinée de consultations	1h09
<i>Caroline</i>	03/04/2014	12h00	14min16s	Au cabinet du médecin, bureau de consultation	Après une matinée de consultations	2h07
<i>Lise</i>	03/04/2014	14h15	12min05s	Au cabinet du médecin, bureau de consultation	Rendez-vous sur une plage de début de consultation	2h03

Le temps moyen de retranscription par entretien était de 2 h 19, le plus court étant de 1 h 09 et le plus long de 4 h 30.

La durée totale des entretiens était de 3h 1min 16sec. Un entretien durait en moyenne 15min 06s. L'entretien le plus long a duré 27min 24s et le plus court, 6min 47s.

Lieu de l'entretien :

Quatre entretiens se sont déroulés au domicile du médecin généraliste et les huit autres au cabinet médical du médecin interviewé.

Les trois entretiens les plus longs correspondaient à ceux pour lesquels, soit les médecins généralistes étaient en vacances, soit l'interview se faisait après une journée de consultation.

En ce qui concerne la proposition d'envoyer à l'interviewé l'entretien retranscrit pour évaluer la qualité de retranscription, trois médecins ont demandé un envoi et deux sur ces trois ont renvoyé une réponse d'accord.

B. Les proches

Les personnes prises en charge considérées comme proches par les médecins interrogés se répartissaient en cinq catégories (occurrences entre parenthèses) : filiation nucléaire c'est-à-dire parents et enfants (15), conjoint (6), autres membres de la famille (12), amis (7), collègues de travail (1).

Médecin	Proches pris en charge cités dans l'interview
Henri	Conjoint Fils Beaux-frères et belle-sœur
Beniat	Nièce Frère
Ispa	Père Fils Sœur Grands-parents
Amandine	Père, famille nucléaire Grands-parents Collatéraux des parents Amis Grands-parents d'ami
Sophie	Conjoint Fils Mère, père
Bernard	Collègue Amis Grand-père
André	Enfants : fils, fille Ex-épouse Amis Petit-fils
Laure	Conjoint Enfants Ami
Marie	Conjoint Fils Père Sœur Belle-mère
Patricia	Fils Conjoint Mère Enfants d'amis
Caroline	Conjoint Enfants
Lise	Parents Fille Amis

C. Evènements indésirables et facteurs de causalité

1) Analyse par entretien

Au cours de chaque entretien, les médecins interviewés ont évoqué à la fois des cas généraux (cinq cas) et des cas concrets concernant une histoire précise (quinze). Un seul médecin, Patricia, n'est pas parvenue à évoquer de cas et aucun facteur de causalité d'évènements indésirables n'a pu être identifié.

a) Analyse des cas évoqués sous forme de tableau

Médecin	Situation résumée	Nature du lien médecin-patient	Impact	Facteurs médecin-dépendants	Facteurs patient-dépendants et liés à la relation médecin-malade / champ psychoaffectif	Facteurs liés au système et environnement de soin	Facteurs liés à la maladie
Henri	Ablation d'un naevus	Fils	Mauvaise cicatrisation		<u>Problème d'affectif</u>		
	Plaie dans la bouche	Fils	Lâchage de points de suture	<u>Etat physique altéré</u> : "dans un état de fatigue un peu particulier... ", "j'avais une putain de migraine" <u>Orgueil</u> : "on a un petit peu la grosse tête" <u>Inattention/toute puissance</u> : "j'ai mis juste un point"	<u>Difficulté à "passer la main"</u> : "si ça avait pas été un proche ... j'aurais peut-être plus facilement laissé la main" <u>Sentiment d'obligation</u> <u>Part émotionnelle</u>	<u>Mauvaises conditions de consultation</u> : "à la maison" <u>Matériel inadapté</u> : "j'avais pas le fil qu'il fallait" <u>Conditions d'exercice difficiles</u> : "l'exercice obligeait à des gardes répétées, ... peu de récupération et peu de sommeil" <u>Manque de confiance dans ses confrères</u> <u>Moment inadapté</u> : "c'est au moment de partir"	
	Colique néphrétique	Epouse	Introgénie des benzodiazépines : troubles de conscience		<u>Part émotionnelle</u> : "on n'allait pas l'hospitaliser", "je ne voulais pas qu'elle souffre"	<u>Mauvaises conditions de consultation</u> : "à la maison" <u>Vision négative du système de soin</u> : "on n'allait pas l'hospitaliser"	
Beniat	Prescription de contraceptif oral	Nièce	Recommandations non suivies	<u>Absence d'examen clinique</u> : "un examen gynécologique, je ne me vois pas examiner... ma nièce"	<u>Part émotionnelle</u> : "on a un côté sentimental"		
	Prescription d'AINS	Frère	Effets secondaires : épigastralgies		<u>Pression sur le médecin</u> : "ils ont ce qu'ils veulent" <u>Culpabilisation</u> : "B. tu veux pas m'en marquer ?" <u>Sentiment d'obligation</u> : "il sait que je ne peux pas refuser" <u>Part émotionnelle</u> : "y'a trop d'émotions, trop d'affectif" <u>Sentiment de responsabilité</u>	<u>Mauvaises conditions de consultation</u> : "à l'occasion d'une fête ... c'est jamais dans le cadre d'une consultation"	

Médecin	Situation résumée	Nature du lien médecin-patient	Impact	Facteurs médecin-dépendants	Facteurs patient-dépendants et liés à la relation médecin-malade / champ psychoaffectif	Facteurs liés au système et environnement de soin	Facteurs liés à la maladie
Ispa	Agitation et confusion - chute	Grand-père	Décès	<p><u>Absence d'examen clinique</u> : "ma mère m'a appelé"</p> <p><u>Raisonnement erroné</u> : "je me suis focalisé sur les effets", "j'ai voulu croire à cette idée-là"</p> <p><u>Manque de détails</u> : "je lui ai demandé ce qu'il prenait... et quand elle m'a dit... ben je me suis dit ben c'est ça"</p> <p><u>Inattention</u> : "ça m'allait bien"</p> <p><u>Charge de travail importante</u> : "j'ai travaillé tard ce samedi-là"</p>	<p><u>Jugement altéré / des a priori</u> : "Moi, de ce que je savais de mon grand-père"</p> <p><u>Influence sur un confrère</u> : "j'ai un peu influencé sa prise en charge"</p> <p><u>Difficulté à se remettre en cause</u> : "on a du mal... à remettre en cause certaines options"</p> <p><u>Représentation du statut de médecin vis-à-vis des proches</u>: "ah ben c'est bon je sais... je vais pouvoir expliquer... je vais pourvoir leur dire"</p> <p><u>Part émotionnelle</u> : "c'est la charge émotionnelle"</p>	<p><u>Manque de confiance dans ses confrères</u> : "le médecin ... a cru bon de lui prescrire de la S."</p> <p><u>Attitude thérapeutique inadaptée d'un confrère</u> : "il a fait une bronchite ... lui a cru bon de lui prescrire de la scopolamine"</p> <p><u>Moment inadapté</u> : "samedi matin ...8h30 ..."</p> <p><u>Conditions d'exercice difficiles</u> : "j'ai travaillé tard ce samedi-là"</p> <p><u>Dysfonctionnement du système de soin hospitalier</u> : "le jour où il devait être opéré, le bloc était pris... il était dans un service de chirurgie viscérale et c'était de l'orthopédie"</p>	<p><u>Lié au traitement</u> : "l'intervention a été retardée... il avait un nouvel anticoagulant"</p>
Amandine	Lésion traumatique durant depuis quelques jours	Père	Consultation aux urgences non justifiée		<p><u>Remise en cause</u> : "il remet en cause les choses"</p> <p><u>Pression sur le médecin</u> : "oblige à faire les choses"</p> <p><u>Volonté d'aller vite</u> : "le désir du malade... d'avoir immédiatement une réponse"</p> <p><u>Chantage</u> : "une forme de chantage affectif"</p> <p><u>Reproche</u> : "y'a eu des reproches en amont !"</p> <p><u>Jugement altéré / des a priori</u>: "une première idée... avant ... de l'avoir examiné"</p> <p><u>Minimisation</u> : "on est faussement rassurant"</p> <p><u>Confusion des rôles</u> : "on peut pas être reconnu en tant que médecin"</p> <p><u>Culpabilisation</u> : "une forme de... culpabilisation en face", "c'est pas maintenant qu'il faut me laisser tomber"</p>	<p><u>Moment inadapté</u> : "à 2-3h du matin... j'ai pas trop envie de négocier", "un soir de semaine... le lendemain je travaillais"</p>	

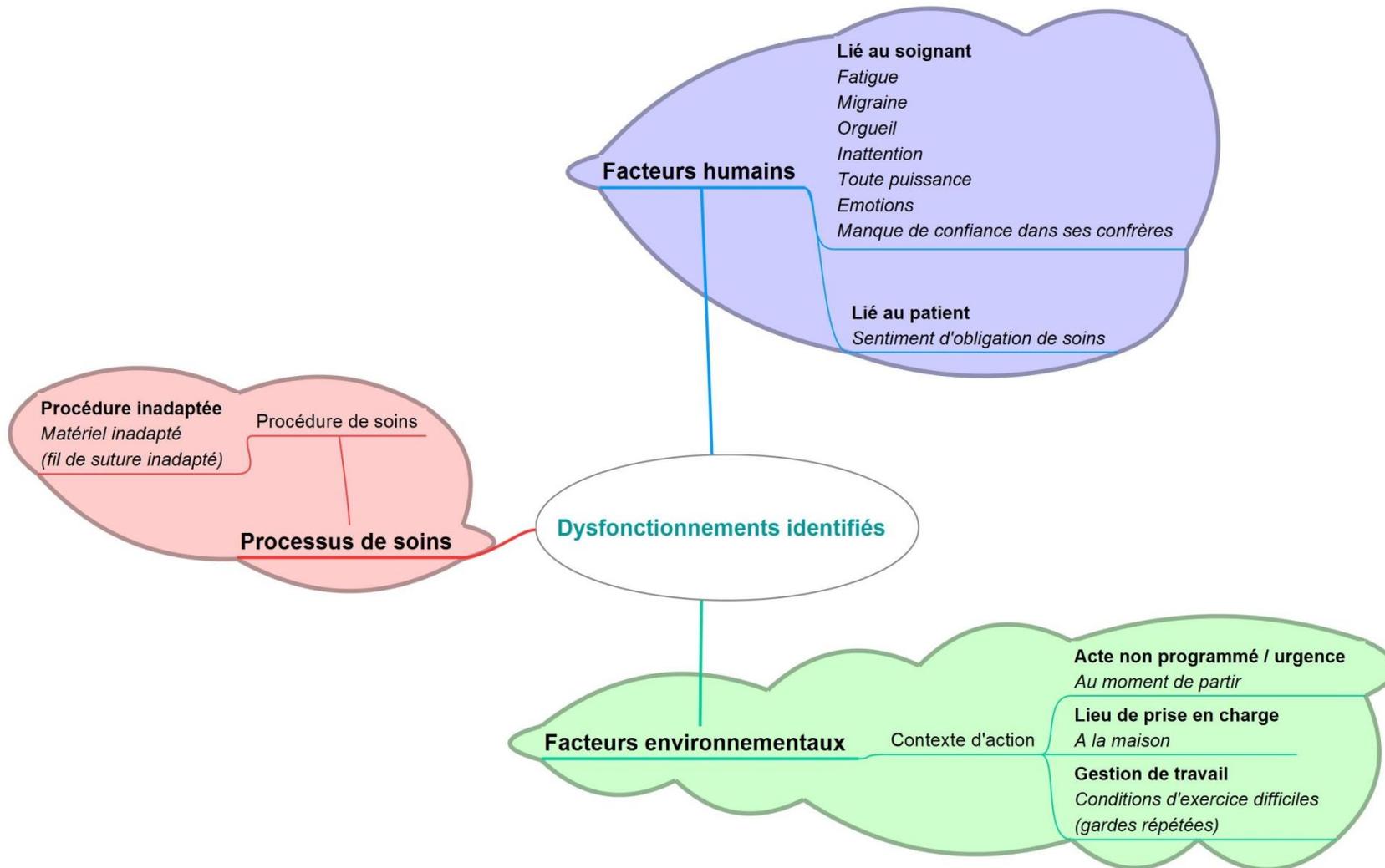
Médecin	Situation résumée	Nature du lien médecin-patient	Impact	Facteurs médecin-dépendants	Facteurs patient-dépendants et liés à la relation médecin-malade / champ psychoaffectif	Facteurs liés au système et environnement de soin	Facteurs liés à la maladie
Amandine (suite)					<p><u>Part émotionnelle</u> : "une forme de chantage affectif"</p> <p><u>Crainte de perturber une relation</u> : "on risque d'avoir... des relations... qui se dégradent", "ne pas décevoir, ne pas blesser... une relation affective"</p>		
	Décompensation cardiaque / prescription illicite	Grand-mère d'un ami	Illégalité		<p><u>Refus de se rendre à l'hôpital</u> : "ils avaient pas envie d'aller aux urgences"</p> <p><u>Part émotionnelle</u> : "mélanger l'affectif... vouloir aider", "la décision... est influencée par ... l'affect... et pas forcément dans le bon sens"</p>		
Sophie	Douleur abdominale	Fils	Retard au diagnostic d'appendicite		<p><u>Minimisation de la situation</u> : "me tromper par excès... ou bien de passer carrément à côté"</p> <p><u>Doute sur la crédibilité des symptômes</u> : "peut-être qu'il veut pas aller à l'école"</p> <p><u>Représentation du statut de médecin vis-à-vis des proches</u>: "c'est parce que sa maman est médecin qu'il veut se faire examiner"</p> <p><u>Manque d'objectivité</u> : "j'arrive pas à avoir le recul nécessaire"</p> <p><u>Part émotionnelle</u> : "affectivement, y'a un lien... très fort"</p> <p><u>Obnubilation</u> : "l'esprit occupé en permanence avec ça"</p>	<u>Mauvaises conditions de consultation</u> (à la maison)	

Médecin	Situation résumée	Nature du lien médecin-patient	Impact	Facteurs médecin-dépendants	Facteurs patient-dépendants et liés à la relation médecin-malade / champ psychoaffectif	Facteurs liés au système et environnement de soin	Facteurs liés à la maladie
Bernard					<p><u>Absence d'exhaustivité des informations</u>: "ils vont pas forcément tout me dire"</p> <p><u>Manque d'objectivité</u>: "on n'est pas objectif si c'est des gens qu'on connaît"</p> <p><u>Part émotionnelle</u>: "si on est dans l'affectif, ... on va avoir envie de trop bien faire, ... et ça peut être néfaste après"</p> <p><u>Minimisation de la situation</u>: "ça peut être dangereux... parce qu'on panique moins que les autres parents", "pas assez paniquer comme un parent normal, ça peut être une catastrophe !"</p>		
André	Suture au niveau de la tête/ oubli de retirer le point	Fils	Douleur et inflammation	<p><u>Négligence</u>: "pas toujours le droit aux conduites à tenir euh... réglos"</p> <p><u>Démarche diagnostique non standardisée</u></p> <p><u>Inattention</u>: "j'avais complètement oublié"</p> <p><u>Volonté d'aller vite</u>: "idéalement, faut que ça rentre vite dans l'ordre"</p> <p><u>Inattention</u>: "on est plus attentif... à nos patients"</p>	<p><u>Agacement / irritation</u>: "quand les proches... sont souffrants... j'ai souvent un petit agacement... ça m'irrite"</p>		
	Plaie de la lèvre	Fille	Traumatisme psychique	<p><u>Expérience antérieure négative</u>: "j'ai le souvenir... l'aînée qui s'était brûlée... c'était absolument dégueulasse"</p>	<p><u>Colère</u>: "quand ils se faisaient mal, ... j'avais un réflexe de colère"</p>	<p><u>Moment inadapté</u>: "c'était un soir"</p> <p><u>Manque de confiance dans le système de soin</u> (souvenir d'une interne ayant mal pris en charge une des filles)</p>	

Médecin	Situation résumée	Nature du lien médecin-patient	Impact	Facteurs médecin-dépendants	Facteurs patient-dépendants et liés à la relation médecin-malade / champ psychoaffectif	Facteurs liés au système et environnement de soin	Facteurs liés à la maladie
Laure				<u>Inattention</u> : "on arrive aux erreurs médicales parce qu'on... laisse couler"	<u>Non compliance</u> : "je donne un avis qui n'est pas suivi et donc après... on arrive aux erreurs médicales" <u>Absence d'exhaustivité des informations</u> : "il va pas tout nous dire...donc... on peut passer à côté de quelque chose" <u>Part émotionnelle</u> : "le côté émotif... on peut être... amené... à ne pas faire les choses si correctement qu'on le devrait", "ce côté affectif... qui va venir biaiser... le diagnostic parfois" <u>Manque de vigilance</u> : "on se relâche... ne pas être aussi vigilante... je suis convaincue"	<u>Moment inadapté</u> : "quand on est à la maison,... un dimanche... je pense qu'on peut rater des choses" <u>Mauvaises conditions de consultation</u> : "j'ai du mal... à me recentrer quand je ne suis pas au cabinet"	
Marie					<u>Jugement altéré / des a priori</u> : "en les connaissant... on se fait une idée... de leur plainte globalement" <u>Minimisation</u> : "moins en faire... avec le risque de passer à côté de quelque chose" <u>Part émotionnelle</u> : "y'a beaucoup beaucoup d'affectif et ça, ça biaise complètement... nos décisions"		
	Absence de suivi	Epoux	Asthme déséquilibré	<u>Absence d'examen clinique</u> : "non jamais"	<u>Inattention</u> : "c'est un mauvais élève" <u>Récalcitrant à une prise en charge</u> : "Il fait jamais rien" <u>Volonté d'aider</u> : "c'est pour faciliter euh, sa vie" <u>Crainte du conflit</u> : "Si je lui dis je te la fais pas,... ça sera forcément dans le conflit" <u>Confusion des rôles</u> : "j'ai moins de force vis-à-vis de lui" <u>Sentiment d'obligation</u> : "c'est difficile de dire non"	<u>Moment inadapté</u> : "C'est jamais des moments où on est posé comme en consultation"	

Médecin	Situation résumée	Nature du lien médecin-patient	Impact	Facteurs médecin-dépendants	Facteurs patient-dépendants et liés à la relation médecin-malade / champ psychoaffectif	Facteurs liés au système et environnement de soin	Facteurs liés à la maladie
Patricia							
Caroline	Douleurs abdominales	Mari	Retard au diagnostic d'appendicite	<u>Démarche diagnostique non standardisée</u> : "je pose pas les bonnes questions", "je demande pas les mêmes examens non plus"	<u>Inattention</u> : "il est plutôt réticent... il veut pas être malade" <u>Absence d'exhaustivité des informations</u> : "il va pas me donner les bonnes informations" <u>Récalcitrant à une prise en charge</u> : "il a pas envie d'aller voir le médecin" <u>Déni</u> : "ne pas voir ma famille malade" <u>Part émotionnelle</u> : "j'ai très envie de ne pas voir ma famille malade" <u>Minimisation</u> : "tendance à sous-estimer euh, les symptômes... je me suis déjà faite avoir plusieurs fois" <u>Temporisation</u> : "il est à côté de moi...je peux le revoir" <u>Jugement altéré / des a priori</u> : "j'ai tout un film dans ma tête"	<u>Mauvaises conditions de consultation</u> : "C'était à la maison"	<u>Contexte épidémique</u> : "c'était en hiver, épidémie de gastro"
	Dyspnée	Mari	Epanchement péricardique non diagnostiqué, sur sarcome	<u>Absence d'examen clinique</u> : "j'aurais probablement pris la tension... l'ausculter" <u>Appréciation de la gravité erronée</u> : "c'est le manque d'entraînement et tout ça"	<u>Inattention</u> : "qui ne s'autorise pas du tout d'être malade" <u>Déni</u> : "veux pas qu'il soit malade" <u>Part émotionnelle</u> : "je ne veux pas qu'il soit malade" <u>Minimisation</u> : "je sous-estime" <u>Transfert de responsabilité</u> : "il délègue... la responsabilité, alors il se dégage" <u>Raisonnement erroné</u> : "je lui donne des réponses qu'il veut entendre"	<u>Moment inadapté</u> : "en vacances"	<u>Pathologie rare</u> : "quelque chose vraiment de ultra rare"
Lise	Amaigrissement, altération de l'état général	Ami	Décès d'un cholangiocarcinome	<u>Absence d'examen clinique</u>	<u>Négligence</u> : "je l'ai pas tellement vu", "il consultait pas spécialement"	<u>Moment inadapté</u> : "elle me disait ça sur le trottoir"	

b) Analyse du cas du fils d'Henri selon la méthode CADYA



Henri a exposé, lors de son entretien, le cas de la plaie que s'était faite son fils dans la bouche, avec les points de suture qui avaient lâché. Trois axes de dysfonctionnements ont été identifiés par l'analyse à travers la grille CADYA.

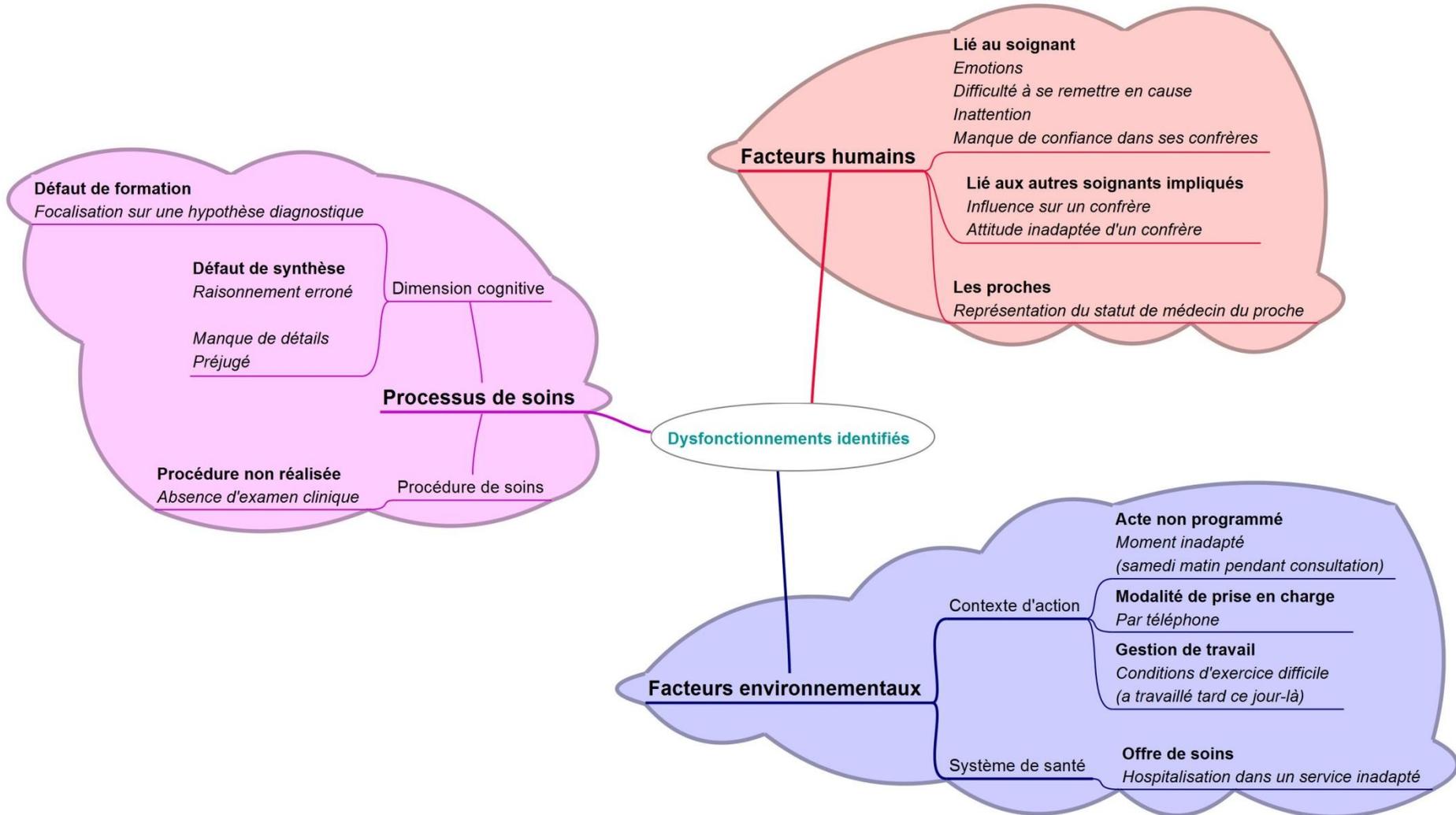
Un premier axe concernait les facteurs contributifs liés au processus de soins avec notamment une procédure de soins inadaptée ; le fil de suture utilisé n'étant pas conforme au type de suture qu'il devait réaliser.

Le second axe de dysfonctionnements identifiés relevait de facteurs humains. Ces facteurs humains pouvaient être liés au soignant avec les facteurs de stress du médecin en relation avec un état de fatigue, les facteurs liés à un état physique altéré (migraine), les facteurs en lien avec la pratique générale du médecin (orgueil, inattention, toute puissance), et enfin, les facteurs relevant du champ psycho émotionnel de la relation. On retrouvait également le fait que ce médecin manquait de confiance dans ses confrères. D'autre part, les facteurs humains étaient également liés au patient, qui donnait au médecin un sentiment d'obligation de prodiguer des soins à son proche.

Enfin, le dernier axe se rapportait aux facteurs contributifs environnementaux. Il s'agissait tout d'abord d'un contexte d'action inadapté puisque l'acte n'était pas programmé, se faisant au moment de partir à une soutenance de thèse. De même, cette prise en charge s'effectuait dans un lieu inapproprié ; au domicile du médecin généraliste. Par ailleurs, les conditions difficiles d'exercice de la médecine générale ont contribué à cet évènement indésirable avec une gestion du temps de travail délicate en lien avec des gardes répétées à cette période-là.

Dans cette situation rapportée par Henri, les facteurs humains liés au soignant étaient nombreux et l'environnement de soin contribuait de façon importante à l'évènement indésirable.

c) Analyse du cas d'Ispa selon la méthode CADYA



Au cours de son interview, Ispa a abordé le cas de l'épisode confusionnel et d'agitation de son grand-père ayant abouti à une chute et à moyen terme au décès. Dans cette analyse à l'aide de la grille CADYA, trois axes de dysfonctionnements ont été identifiés.

Le premier axe de facteurs contributifs à cet évènement indésirable relevait de dysfonctionnements dans le processus de soins. Tout d'abord, une partie de la procédure de soins n'avait pas été réalisée puisqu'il y avait une absence d'examen clinique. D'autre part, les facteurs contributifs étaient en lien avec un défaut du processus de soins dans sa dimension cognitive : défaut de formation (focalisation sur une hypothèse diagnostique erronée), défaut de synthèse dans le raisonnement médical, manque de détails cliniques pour une prise de décision satisfaisante et préjugé quant à ce que pouvait présenter son proche.

Un second axe s'orientait autour des dysfonctionnements en relation avec des facteurs humains. Ces facteurs pouvaient être liés au soignant qui faisait preuve d'inattention, avait des difficultés à se remettre en cause et était perturbé par la dimension psycho émotionnelle de la relation. Le manque de confiance de ce médecin dans ses confrères a également favorisé la survenue d'un évènement indésirable. Les facteurs humains se rapportaient également à ceux liés aux autres soignants impliqués dans la prise en charge : attitude inadaptée d'un confrère en amont de la prise en charge et influence négative du médecin sur un confrère dans la suite de la prise en charge. Enfin, ces facteurs relevaient des proches du médecin ; ce dernier s'imposant de préserver la représentation du statut de médecin qu'il donnait à ses proches et notamment, son omnipotence.

Le dernier axe se rapportait aux facteurs environnementaux. Ces facteurs concernaient le contexte d'action avec un acte non programmé à un moment inadapté (le samedi matin pendant une consultation), un mode de prise en charge erroné puisque réalisé par téléphone, s'inscrivant dans des conditions d'exercice difficiles (le médecin avait travaillé tard ce jour). Des dysfonctionnements au niveau du système de santé ont également contribué à cet évènement indésirable, en lien avec les aspects administratifs et fonctionnels du système hospitalier : le grand-père d'Ispa a été hospitalisé dans un service de chirurgie viscérale alors qu'il relevait d'un service d'orthopédie.

Dans cette situation abordée par Ispa, les trois axes de dysfonctionnements semblaient prendre une part quasi équivalente.

2) Analyse transversale

L'impact des différents événements indésirables cités était variable. En ce qui concerne le grand-père d'Isa et l'ami de Lise, l'impact a été un décès. Le pronostic vital aurait pu être engagé pour l'épouse d'Henri (troubles de conscience sous benzodiazépines), le fils de Sophie (retard au diagnostic d'appendicite) et le mari de Caroline (péricardite non diagnostiquée). L'impact médico-légal du cas de la grand-mère de l'ami d'Amandine (prescription illégale / médecin non thésé) aurait pu être grave. Un impact psychique traumatisant a été noté chez la fille d'André.

Les facteurs contributifs à un événement indésirable lié aux soins pouvaient être classés en quatre catégories.

a) Facteurs médecin-dépendants

Les facteurs contributifs liés au médecin pouvaient être en relation avec sa situation personnelle et notamment un **état physique altéré** en lien avec de la fatigue ou une pathologie : « dans un état de fatigue un peu particulier... j'avais une putain de migraine » (Henri).

De même, les facteurs extérieurs de stress du médecin contribuaient à un événement indésirable ; à savoir une **charge de travail importante**, « j'ai travaillé tard ce samedi-là » (Isa) ou bien une prise en charge en **fin de journée ou de semaine** (quatre occurrences).

Par ailleurs, lorsque le médecin était **préoccupé par un événement personnel**, « C'était pour la thèse de P. ... c'est au moment de partir » (Henri), les conditions de prise en charge n'étaient pas optimales et conduisaient à un événement indésirable.

D'autre part, certains facteurs étaient en lien avec la pratique générale du médecin et en particulier sa **volonté d'aller vite** : « idéalement, faut que ça rentre vite dans l'ordre » (André), ou son **vécu d'une expérience antérieure négative** avec d'autres confrères : « j'ai le souvenir... l'aînée qui s'était brûlée... c'était absolument dégueulasse » (André). Souvent, la prise en charge ne comportait **pas d'examen clinique ou un examen clinique sommaire** (cinq occurrences), aboutissant à une perte d'informations pour une démarche diagnostique optimale. Le **manque de vigilance, l'inattention** (cinq occurrences) pouvaient également contribuer à la survenue d'un événement indésirable : « j'avais complètement oublié » (André), « on arrive aux erreurs médicales parce qu'on... laisse couler » (Laure), « ça m'allait bien » (Isa). À l'extrême, la notion de **négligence** était même retrouvée : « Les pauvres, ils avaient pas toujours le droit aux conduites à tenir euh... réglos hein ! » (André).

D'autres facteurs contributifs relevaient de la personnalité psychologique du médecin et des traits de caractère compulsifs : sentiment d'**orgueil** et de **toute-puissance**, « on a un petit peu la grosse tête ... j'ai mis juste un point » (Henri).

Enfin, des compétences cognitives ou de jugement déficientes entraînaient un défaut dans le processus de soins et engendraient un événement indésirable lié aux soins. Souvent, le **raisonnement médical était erroné** (six occurrences) soit par une **évaluation insuffisante**, un **manque de détails** en lien avec une **anamnèse incomplète**, soit par une **démarche diagnostique non standardisée** : « je me suis focalisée sur les effets secondaires... j'ai voulu croire à cette idée-là » (Ispa), « je pose pas les bonnes questions... je demande pas les mêmes examens non plus » (Laure). Cela pouvait d'ailleurs amener à une **mauvaise appréciation de la gravité** de la situation clinique.

b) *Facteurs patient-dépendant et liés à la relation médecin-« proche patient »*

Les facteurs contributifs liés au patient étaient en lien avec leur attitude vis-à-vis de la prise en charge médicale. Souvent, le médecin était confronté à **l'absence d'exhaustivité des informations** que pouvait lui transmettre son proche (trois occurrences) : « ils vont pas forcément tout me dire » (Bernard), « il va pas me donner les bonnes informations » (Caroline). Le patient ne donnant pas toutes les informations nécessaires à la démarche diagnostique, cela favorisait des erreurs de diagnostic notamment : « il va pas tout nous dire... donc... on peut pas passer à côté de quelque chose » (Laure).

De même, le proche était décrit comme quelqu'un faisant preuve **d'inattention vis-à-vis de sa santé** : « c'est un mauvais élève » (Marie), « il est plutôt réticent... il veut pas être malade... Il ne s'autorise pas du tout d'être malade » (Caroline). Parfois même, il pouvait s'agir de **négligence** : « je l'ai pas tellement vu ... il consultait pas » (Lise).

Le « proche patient » était **récalcitrant à la prise en charge** médicale, faisait preuve de **non compliance** à la proposition de prise en charge médicale : « je donne un avis qui n'est pas suivi et donc après... on arrive aux erreurs médicales » (Laure), « il fait jamais rien » (Marie), « il a pas envie d'aller voir le médecin » (Caroline). Un autre facteur contributif était le **refus du proche de se rendre à l'hôpital** : « ils avaient pas envie d'aller aux urgences » (Amandine).

Enfin, le fait que le proche **remette en cause** ce que pouvait dire le médecin ou lui fasse des **reproches en amont**, provoquait une réaction de défense de la part du médecin et parasitait le raisonnement médical.

La relation singulière médecin – « proche patient », basée sur les émotions, perturbait le raisonnement et le jugement du médecin dans sa démarche clinique, engendrant des facteurs de

risque d'erreur. Le médecin pouvait ressentir des **sentiments de colère ou d'agacement** quand ses proches étaient en souffrance : « quand les proches... sont souffrants... j'ai souvent un petit agacement... ça m'irrite... J'avais un réflexe de colère » (André).

Le médecin, de par sa relation de proximité et la « soi-disant » bonne connaissance du patient, avait facilement **des préjugés, des a priori** (quatre occurrences) quant à la plainte et au diagnostic possible des symptômes présentés par son proche : « une première idée... avant... de l'avoir examiné » (Amandine), « en les connaissant... on se fait une idée... de leur plainte globalement » (Marie), « j'ai tout un film dans ma tête » (Caroline).

Souvent, le médecin avait tendance à **minimiser les symptômes** et la situation médicale qui se présentait à lui (six occurrences) : « j'aurais tendance finalement à, à, à moins en faire et peut-être avec le risque de passer à côté de quelque chose » (Marie), « tendance à sous-estimer euh... les symptômes... je me suis déjà faite avoir plusieurs fois » (Caroline). Cette minimisation pouvait même s'étendre au **déni** de la part du médecin (deux occurrences), cette envie de ne pas voir l'évidence, ne pas voir son proche que l'on aime, malade, troublant le jugement du praticien : « je veux pas qu'il soit malade » (Caroline). Le médecin pouvait même **mettre en doute la crédibilité des symptômes** présentés par son proche : « peut-être qu'il veut pas aller à l'école ... c'est parce que sa maman est médecin qu'il veut se faire examiner » (Sophie).

Parfois, c'était la simple **volonté d'aider** son proche qui menait la décision médicale, même si le médecin pensait que ce n'était pas forcément la meilleure prise en charge : « c'est pour faciliter euh, sa vie » (Marie).

Très clairement, le médecin faisait preuve d'un **manque d'objectivité** dans ses choix : « on n'est pas objectif si c'est des gens qu'on connaît » (Bernard), « j'arrive pas à avoir le recul nécessaire » (Sophie). Un des médecins se disait même **être obnubilé par la situation** médicale présentée par son proche, perturbant toute la dimension cognitive du processus de soin : « l'esprit occupé en permanence avec ça » (Sophie).

Le **manque de vigilance** en lien avec le lieu de prise en charge et la relation avec la personne nécessitant des soins était également un facteur contributif à un événement indésirable : « on se relâche ... quand on suit quelqu'un de très proche, ... de ne pas être aussi vigilante ... je suis convaincue pour avoir été hospitalière et avoir été ici, ... on n'a pas le même état d'esprit au travail que quand on est euh, euh... en famille ou à la maison » (Laure)

Du fait de la proximité de ce « proche patient » au quotidien, le médecin adoptait une **attitude de temporisation**, pensant que la possible réévaluation quotidienne permettrait de ne pas « en faire trop » : « il est à côté de moi... je peux le revoir » (Caroline).

Par ailleurs, le médecin présentait des **difficultés à se remettre en cause** : « on a du mal... à remettre en cause certaines options » (Ispa) lorsqu'il s'agissait d'un proche alors qu'il n'avait aucune difficulté à le faire avec un patient lambda.

Il éprouvait également des **difficultés à passer la main à un confrère** : « si ça avait pas été un proche... j'aurais peut-être plus facilement laissé la main » (Henri). Un des médecins avait l'impression d'avoir eu une **influence négative sur un de ses confrères** qui prenait en charge son proche de par le fait qu'il était lui-même médecin : « j'ai un peu influencé sa prise en charge » (Ispa).

L'absence de cadre et la **confusion des rôles** contribuaient à la survenue d'un événement indésirable : « j'ai moins de force vis-à-vis de lui » (Marie). En effet, le médecin, face à une demande de soin d'un de ses proches éprouvait un **sentiment d'obligation** (trois occurrences) : « il sait que je ne peux pas refuser » (Beniat), « c'est difficile de dire non » (Marie). Le proche transférait toute la responsabilité sur le médecin : « il délègue... la responsabilité, alors il se dégage » (Caroline).

Le médecin se voyait parallèlement subir la **pression de ses proches** : « ils ont ce qu'ils veulent » (Beniat). Ce proche qui « oblige à faire les choses » (Amandine), avec souvent la **volonté d'aller vite** de la part de celui-ci : « le désir du malade... d'avoir immédiatement une réponse » (Amandine).

Pour arriver à ses fins et grâce à la relation psychoaffective qui le lie avec le médecin, le proche pouvait utiliser le « **chantage affectif** » (Amandine) ou la **culpabilisation**, qui amenaient le médecin à prendre des décisions avec lesquelles il n'était pas forcément en accord : « une forme de... culpabilisation en face... c'est pas maintenant qu'il faut me laisser tomber » (Amandine). Le médecin « cédait » d'une part, parce qu'il avait un **sentiment de responsabilité** de la santé de son proche et d'autre part, parce qu'il **craignait de perturber cette relation affective** avec son proche : « on risque d'avoir... des relations... qui se dégradent... ne pas décevoir, ne pas blesser... une relation affective » (Amandine). La **crainte du conflit** était également retrouvée : « si je lui dis je te la fais pas,... ça sera forcément dans le conflit » (Marie).

Malgré toutes ces interférences dans la relation de soin, le médecin se devait de **préserver la représentation idéaliste et omnipotente de son statut** vis-à-vis de ses proches : « ah ben c'est bon je sais... je vais pouvoir expliquer... je vais pouvoir leur dire » (Ispa). Malgré tout, il persistait une confusion des rôles : « on peut pas être reconnu en tant que médecin » (Amandine).

En réalité, l'existence de ces différents facteurs contributifs cités ci-dessus était sous-tendue par la **part émotionnelle** (quinze occurrences) de cette relation singulière médecin – « proche patient ». En effet, le champ psychoaffectif envahissait cette relation et perturbait le jugement des deux parties : « c'est la charge émotionnelle » (Ispa). Le médecin décrivait facilement l'influence négative

de l'affect dans ses décisions : « la décision... est influencée par... l'affect... et pas forcément dans le bon sens » (Amandine), « ce côté affectif... qui va venir biaiser... le diagnostic parfois » (Laure), « y'a beaucoup beaucoup d'affectif et ça, ça biaise complètement... nos décisions » (Marie). Le besoin de tendre à la perfection en lien avec l'affectif était décrit comme néfaste pour une prise en charge médicale : « si on est dans l'affectif,... on va avoir envie de trop bien faire,... et ça peut être néfaste après » (Bernard). Le médecin exprimait très clairement sa volonté de ne pas vouloir voir souffrir ses proches : « je ne voulais pas qu'elle souffre » (Henri), « j'ai très envie de ne pas voir ma famille malade » (Caroline). Tout cela bouleversait les différents repères de ce médecin qui était à la fois le professionnel et le proche.

c) *Facteurs liés à l'environnement et au système de soin*

L'aspect informel de la consultation impliquait des **conditions de prise en charge inadaptées**, contribuant à la survenue d'un événement indésirable. En effet, souvent, le **lieu** de prise en charge n'était pas approprié, « c'est jamais des moments où on est posé comme en consultation » (Marie), la prise en charge s'effectuait fréquemment à la maison (cinq occurrences) et « quand on est à la maison,... je pense qu'on peut rater des choses » (Laure). La prise en charge pouvait également s'effectuer « à l'occasion d'une fête » (Beniat) ou « en vacances » (Caroline), voire même sur le trottoir alors que le médecin allait chercher son enfant à l'école.

D'autre part, ce facteur était associé au fait que fréquemment, le **moment de la demande de soin ou de la gestion de la situation n'était pas adéquat** (huit occurrences) : le week-end « un samedi matin...8h30 » (Ispa), en vacances, un soir de la semaine, « le lendemain je travaillais » (Amandine), la nuit ; « à deux-trois heures du matin... j'ai pas trop envie de négocier » (Amandine).

Enfin, le fait que la prise en charge s'effectue en dehors du cabinet, le **matériel** à la disposition du médecin n'était, lui non plus, pas adapté : « j'avais pas le fil qu'il fallait » (Henri).

D'autre part, **les contraintes et les difficultés liées à l'exercice médical libéral** en soins primaires étaient pourvoyeuses d'événements indésirables : « l'exercice obligeait à des gardes répétées,... peu de récupération et peu de sommeil » (Henri), « j'ai travaillé tard ce samedi-là » (Ispa).

La vision négative, le **manque de confiance dans le système de soins et dans ses confrères** (trois occurrences) impliquaient que le médecin généraliste avait des difficultés à « passer la main » et se sentait par conséquent dans l'obligation de gérer une situation même si cela pouvait engendrer un événement indésirable.

Certains facteurs contributifs liés au système de soins étaient indépendants des médecins généralistes prenant en charge un de leurs proches. L'**attitude thérapeutique d'un confrère** intervenu en amont de la prise en charge pouvait être inadaptée : « il a fait une bronchite... lui a cru bon de lui prescrire de la scopolamine » (Ispa). De même, le **dysfonctionnement du système de soin hospitalier** avec notamment le problème de la disponibilité des lits dans les services et du plateau technique, pouvait concourir à la survenue d'un évènement indésirable : « le jour où il devait être opéré, le bloc était pris... il était dans un service de chirurgie viscérale et c'était de l'orthopédie » (Ispa).

d) *Facteurs liés à la maladie*

Trois facteurs contributifs à un évènement indésirable lié aux soins en lien avec la maladie et son évolution ont été retrouvés dans les cas exposés par les médecins généralistes interviewés.

Lorsqu'une pathologie était considérée comme **rare**, il était difficile pour le médecin d'associer les symptômes présentés par le patient à cette pathologie. Les hypothèses évoquées au cours d'une démarche diagnostique prennent en compte la prévalence des maladies en soins primaires. C'était le cas de Caroline qui n'avait pas pensé à un épanchement péricardique chez son jeune mari « dû à un sarcome du péricarde alors quelque chose vraiment déjà ultra rare mais bon déjà, bon les cardiologues aussi ils ont mis un certain temps pour trouver le diagnostic ».

Le **contexte épidémique** pouvait également favoriser la survenue d'une erreur ou d'un retard au diagnostic : « c'était en hiver, épidémie de gastro, il a vomi un petit peu ... j'ai dit ça passera, le ventre assez souple, lui disant, trois fois rien et finalement c'était une appendicite et il a fini aux urgences » (Caroline).

Enfin, **l'incompatibilité d'un traitement** avec une prise en charge thérapeutique, associée à l'accumulation d'autres facteurs, a contribué à la survenue d'un évènement indésirable : « l'intervention a été retardée ... il avait un nouvel anticoagulant » (Ispa).

D. Impact de l'évènement indésirable

1) Analyse par entretien

L'analyse des cas évoqués se trouve ci-après sous forme de tableau.

Médecin	Impact psycho-émotionnel	Réaction du médecin / mécanisme de défense	Réaction envers le « proche patient » / modification de la relation	Modification de pratique
Henri	<u>Anxiété</u> : "tu stresses un peu"	<u>Relativise</u> : "il est pas trop défiguré", "c'est pas une catastrophe" <u>Assume</u> : "au moins la partie hémorragique a été réglée" <u>Cherche des excuses</u> : "j'ai passé tout doucement pourtant"	<u>Gêne</u> : "ça me gênait beaucoup"	
Beniat		<u>Rétrospection</u> : "c'est pas bien quoi, mais alors c'est une erreur" <u>Cherche des excuses</u> : "si je la marque pas, elle va tomber enceinte"		
Ispa	<u>Sentiment douloureux</u> <u>Regret</u> : "Et ça aujourd'hui je le regrette" <u>Déception</u> : (expression d'une déception sur le visage) <u>Culpabilité</u> : "ben je m'en veux encore" <u>Blessure narcissique</u>	<u>Relativise</u> : "sans avoir une grande conviction... que ça aurait changé grand chose"		<u>Remise en question</u> : "j'ai complètement zappé... que... dans les effets secondaires" <u>Identification des facteurs de causalité</u> : "je saurai jamais... à quel point cette omission... a eu un rôle important"
Amandine	<u>Agacement</u> : (ton un peu agacé) <u>Impact physique</u> : "le lendemain... on n'est pas tout frais pour aller travailler" <u>Regret</u> : "d'avoir cédé à quelque chose" <u>Trouble psychique</u> : "ça m'a un peu travaillée"	<u>Rétrospection</u> : "chose que j'aurais pas dû faire"	<u>Rancœur</u> : "au second appel... sortir mes propres reproches" <u>Dialogue</u> : "j'en ai reparlé avec eux" <u>Tension de courte durée</u> : "se boudier... quelques jours, ...quelques semaines" <u>Modification de la demande</u> : "ils modifient... un petit peu plus quantitativement"	<u>Remise en question</u> : "on engage un risque médico-légal"
Sophie		<u>Relativise</u> : "j'ai pas fait d'erreur mais j'ai retardé... le diagnostic"		<u>Remise en question</u> : "c'est pt' être là où j'ai, j'ai senti que c'était compliqué quand même" <u>Identification des facteurs de causalité</u> : "parce que j'arrive pas à avoir le recul nécessaire"
André	<u>Sentiment douloureux</u> : "ça a été une séance absolument épouvantable" <u>Regret</u> : "j'ai ça en mémoire comme un regret" <u>Culpabilité</u> : "j'ai souvent pensé que c'était ... particulièrement ça... qui l'avait traumatisée"	<u>Rétrospection</u> : "C'est pas, vraiment pas futé" <u>Va de l'avant</u> : "mais bon... on peut s'améliorer"	<u>Tension lors de prises en charge ultérieures</u> : "il a fallu lui tendre des pièges chaque fois qu'on voulait l'examiner"	<u>Remise en question</u> : "la fois d'après, si à nouveau ce genre de truc surviendrait, je m'abstiendrai"
Marie	<u>Fatalisme</u> : "moments où, où ça va foirer... On verra à l'usage hein ! (rire) Pour le moment on fait comme ça" <u>Culpabilité</u> : "A chaque fois que... je me sens coupable hein"	<u>Rétrospection</u> : "Après en prenant du recul euh, ça se fait de mieux en mieux" <u>Résignation</u> : "je lui renouvelle quand même ses ordonnances, bon ben voilà" (sourire) <u>Cherche des excuses</u> : "Il a une vie compliquée, il a pas le temps"		

Médecin	Impact psycho-émotionnel	Réaction du médecin / mécanisme de défense	Réaction envers le « proche patient » / modification de la relation	Modification de pratique
Caroline	<u>Sentiment douloureux</u> : "je l'ai appris vraiment douloureusement que, que je fais pas bien" <u>Culpabilité</u> : "bien sûr"	<u>Rétrospection</u> : "je trouve que je fais pas bien" <u>Assume</u> : "je me suis vraiment fait avoir"	<u>Arrêt de prise en charge</u> : "depuis qu'il y a cette affaire-là... je ne te soigne plus", "je l'enverrai vers quelqu'un d'autre"	<u>Refus de prise en charge de proches</u> : "j'ai refusé, et ça j'arrive à faire plus facilement maintenant" <u>Remise en question</u> : "j'aurais dû reconnaître les symptômes"
Lise	<u>Sentiment douloureux</u> : "qui m'a vraiment bouleversée" <u>Trouble psychique</u> : "ça a été hyper long... il est mort y'a deux ans et je m'en remets", "inconsciemment ça m'a vachement perturbée" <u>Culpabilité</u> : "l'impression... d'avoir trahi leur confiance"	<u>Relativise</u> : "ça arrive hein"	<u>Dialogue</u> : "j'étais prête à les rencontrer" <u>Colère de l'entourage</u> : "j'ai reçu... une lettre incendiaire"	<u>Identification des facteurs de causalité</u> : "expliquant tout comme ça s'est passé... on en a vachement parlé" <u>Pratique exigeante</u> : "je suis beaucoup plus euh... exigeante"

2) Analyse transversale

L'impact chez le médecin généraliste d'un évènement indésirable survenu lorsqu'il a pris en charge un de ses proches pouvait se décliner en quatre niveaux.

Tout d'abord, il y avait un impact psycho émotionnel avec une palette d'émotions qui étaient citées par les médecins. Toutes les émotions citées étaient à connotation négative ; certaines avaient une durée relativement brève alors que d'autres étaient de durée plus longue. Ces expériences renvoyaient à un sentiment douloureux : « ça été une séance absolument épouvantable » (André), « je l'ai appris vraiment douloureusement que, que je fais pas bien » (Caroline). Un médecin avait pu ressentir de l'anxiété au moment de l'évènement indésirable : « tu stresses un peu » (Henri), alors qu'un autre avait eu sentiment d'agacement. Souvent, la culpabilité était citée (cinq occurrences) : « ben je m'en veux encore » (Ispa), « À chaque fois que je lui fais une ordonnance euh, je me sens coupable hein. » (Marie), « l'impression... d'avoir trahi leur confiance » (Lise). Le sentiment de regret et de déception étaient encore présents lors de la remémoration de ces évènements : « et ça aujourd'hui je le regrette » (Ispa), « j'ai ça en mémoire comme un regret » (André). L'évènement indésirable pouvait également engendrer des troubles psychiques : « ça m'a un peu travaillée » (Amandine), « ça a été hyper long... il est mort y'a deux ans et je m'en remets ... inconsciemment ça m'a vachement perturbée » (Lise) ; pouvant même aller jusqu'à une blessure narcissique. L'impact pouvait également s'inscrire dans une vision fataliste de ces situations vécues comme inconfortables pour le médecin : « des moments où, où ça va foirer... On verra à l'usage hein ! (rire) pour le moment on fait comme ça » (Marie). Parallèlement, l'impact pouvait également être physique lorsque ces situations se déroulaient la nuit avec des difficultés à être compétent sur le plan professionnel par la suite : « le lendemain... on n'est pas tout frais pour aller travailler » (Amandine).

L'impact de l'évènement indésirable s'analysait également dans la réaction du médecin et à travers les mécanismes de défense qu'il adoptait. Souvent, il adoptait une attitude de rétrospection (cinq occurrences) : « je trouve que je fais pas bien » (Caroline), « c'est pas bien quoi, mais alors c'est une erreur » (Beniat), « c'est pas, vraiment pas futé » (André), « après en prenant du recul euh, ça se fait de mieux en mieux » (Marie). Le médecin pouvait également relativiser suite à cet évènement (quatre occurrences) : « il est pas trop défiguré... c'est pas une catastrophe » (Henri) , « j'ai pas fait d'erreur mais j'ai retardé... le diagnostic » (Sophie), « ça arrive hein » (Lise). Par ailleurs, la personnalité narcissique du médecin s'exprimait lorsqu'il atténuait la situation en cherchant des excuses : « j'ai passé tout doucement pourtant » (Henri), « si je la marque pas, elle va tomber enceinte » (Beniat), « il a une vie compliquée, il a pas le temps » (Marie). A l'inverse, certains

médecins assumaient la situation : « au moins la partie hémorragique a été réglée » (Henri), « je me suis vraiment fait avoir » (Caroline). Enfin, le médecin allait de l'avant : « mais bon... on peut s'améliorer » (André) ; ou bien se confortait dans une résignation : « je lui renouvelle quand même ses ordonnances, bon ben voilà (*sourire*) » (Marie).

L'impact s'inscrivait également dans la relation envers le « proche patient » et dans la modification de cette relation. Au départ, les émotions prenaient place à travers le sentiment de gêne du médecin : « ça me gênait beaucoup » (Henri). Des sentiments plus négatifs pouvaient également émerger ; de la rancœur pouvait s'installer du côté du médecin : « au second appel... et puis là moi sortir mes propres reproches » (Amandine) ; et l'entourage du patient pouvait ressentir de la colère : « j'ai reçu... une lettre incendiaire » (Lise). Des tensions de courte durée après un évènement indésirable ou lors de prises en charge ultérieures apparaissaient : « se bouder... quelques jours,... quelques semaines » (Amandine), « il a fallu lui tendre des pièges chaque fois qu'on voulait l'examiner » (André). Malgré tout, le dialogue était bien présent : « j'en ai reparlé avec eux » (Amandine), « j'étais prête à les rencontrer » (Lise). Enfin, le proche pouvait modifier sa demande suite à un évènement indésirable : « ils modifient... un petit peu plus quantitativement » (Amandine). Parfois, le médecin décidait d'arrêter toute prise en charge : « depuis qu'il y a eu cette affaire-là... je ne te soigne plus... je l'enverrai vers quelqu'un d'autre » (Caroline).

Suite à un évènement indésirable lié aux soins, le médecin pouvait également modifier sa pratique en se remettant en question : « j'ai complètement zappé... que... dans les effets secondaires » (Ispa), « la fois d'après, si à nouveau ce genre de truc surviendrait, je m'abstiendrais » (André), « j'aurais dû reconnaître les symptômes » (Caroline). Le médecin cherchait également à identifier les facteurs de causalité qui avaient contribué à cet évènement : « je saurai jamais... à quel point cette omission... a eu un rôle important » (Ispa), « en expliquant tout comme ça s'est passé... on en a vachement parlé » (Lise). Dans la pratique clinique, la modification de pratique s'illustrait dans la décision de refuser de prendre en charge ses proches : « j'ai refusé, et ça j'arrive à faire plus facilement maintenant » (Caroline) ; ou alors dans une pratique plus exigeante : « je suis beaucoup plus euh... exigeante » (Lise).

E. Conduite à tenir vis-à-vis d'une demande de soins par un proche

1) Analyse par entretien

Quatre types de réponse ont été donnés par les médecins généralistes quant à la conduite à tenir vis-à-vis d'une demande de soins par un proche :

- OUI (quatre occurrences)
- NON (une occurrence)
- OUI mais... (deux occurrences)
- NON mais... (cinq occurrences)

Médecin	Possibilité pour le médecin de prise en charge d'un « proche patient »	Conditions nécessaires à la prise en charge d'un « proche patient » pour le médecin généraliste	Attitude face aux proches
Henri	OUI	<u>Pathologies banales de la pratique courante</u> : "dans une pratique quotidienne... de pathologies banales ... ça ne pose pas trop de problèmes" <u>Soins au cabinet médical</u> : "je m'arrange pour les soigner au cabinet et pas à la maison" <u>Respect de la confidentialité</u> : "j'évite de discuter de leur santé à ce moment-là au domicile personnel" <u>Savoir passer la main pour les situations complexes</u> : "il y a les situations un petit peu plus complexes où c'est vrai qu'il faut essayer de passer la main plus facilement"	
Beniat	NON mais... : "c'est quelque chose que j'ai pas envie de faire et je le fais quand même"	<u>Situations d'urgence</u> : "si y'a vraiment quelque chose qui presse" <u>Soins au cabinet médical</u> : "ça serait bien, si vous veniez au cabinet"	<u>Renvoyer sur un confrère</u> : "je suis pas si bon que ça, ... il faudra consulter un pro"
Ispa	OUI	<u>Bénignité de la pathologie</u> : "si c'est pas grave" <u>Respect de la confidentialité</u> : "non je lui dirai pas que... sa copine était venue me consulter"	<u>Renvoyer sur un confrère</u> : "j'ai orienté mon père euh, sur quelqu'un"
Amandine	OUI mais... "si c'était évitable de soigner quelqu'un de sa famille"	<u>Cas d'urgence</u> : "cas d'urgence, ou de mort imminente,... il faut pas trop réfléchir" <u>Encadrement législatif</u> : "ça serait encadré par une loi"	<u>Renvoyer sur un confrère</u> : "dans les cas où ça n'est pas urgent, ... différé chez le médecin traitant"
Sophie	OUI	<u>Compliance</u> : "ils sont assez compliants" <u>Dissociation des rôles</u> : "quand ça empiète complètement sur votre vie de famille, c'est usant" <u>Savoir passer la main pour les situations complexes et chroniques</u> : "il faut... quand il y a quelque chose de, de grave, demander un avis à quelqu'un d'autre"	<u>Trouver des compromis</u> <u>Renvoyer sur un confrère</u> : "il faut déléguer, quitte à travailler peut-être avec"
Bernard	NON mais ... "tout ce qui sera dépannage éventuellement"	<u>Conduite à tenir standardisée</u> : "où la conduite à tenir elle est assez... basique... y'aura pas trop de réflexion à avoir", "ça aurait vraiment un truc un peu de réflexion, je lui aurais dit clairement non" <u>Examen clinique standardisé</u> : "je fais pas une ordonnance sur un coin de table, ... j'ai vraiment regardé son pied" <u>Bénignité de la pathologie</u> : "ça a toujours été pour des petites choses" <u>Rester dans l'empathie</u> : "théoriquement, il doit pas y avoir d'affect ! Fin, de l'empathie c'est tout"	<u>Réponse uniquement à des questions / explications</u> puis <u>Renvoyer sur un confrère</u> : "je peux pas répondre à ta question, donc euh, vas voir ton médecin"
André	OUI	<u>Examen clinique standardisé</u> : "je faisais attention... de lui faire un examen très complet" <u>Situations aiguës/urgentes</u>	<u>Faire le lien jusqu'au relais avec un confrère</u> : "je m'en occupe tout le temps... jusqu'à ce qu'ils se retrouvent sur des rails qui font que... on peut passer la main"
Laure	NON mais ... "je vais pas mentir, je suis mon mari et mes enfants"	<u>Soins au cabinet médical</u> : "les proches peuvent se faire suivre au cabinet ? Oui, probablement" <u>Bénignité de la pathologie</u> : "si les choses se corsaient.. je passerais la main", "pour régler un nez qui coule" <u>Dissociation des rôles</u> : "je préfère séparer les choses" <u>Nécessité d'un cadre</u> : "suivre ses proches, oui, mais dans un cadre bien précis"	<u>Donner des conseils/avis</u> : "je leur donne un petit conseil" puis <u>Renvoyer sur un confrère</u> : "si les choses se corsent... j'ai tendance très facilement à passer la main" mais <u>Rester concerné</u> : "se sentir et être concerné sans être le principal acteur"
Marie	NON mais... "j'ai besoin d'intervenir souvent"	<u>Situations d'urgence</u> : "en cas... d'urgence... je serai disponible" <u>Dépannage</u> : "en cas de besoin... je serai disponible" <u>Suivi conjointement avec un confrère</u> : "aucun membre de ma famille suivi par moi uniquement", "j'ai pas envie d'être la seule décisionnaire en ce qui concerne leur santé"	<u>Donner des conseils/avis</u> : "pour les décisions euh, importantes, je donne un avis mais ça s'arrête là" puis

Médecin	Possibilité pour le médecin de prise en charge d'un « proche patient »	Conditions nécessaires à la prise en charge d'un « proche patient » pour le médecin généraliste	Attitude face aux proches
Marie (suite)			<u>Renvoyer sur un confrère</u> : "Mais très rapidement... « tu verras ça avec ton médecin traitant »"
Patricia	NON mais... "je fais du dépannage,... mon mari euh, c'est parce que voilà"	<u>Bénignité de la pathologie</u> : "je m'occupe de l'infectiologie" <u>Dépannage</u> : "je délivre des ordonnances... pour dépanner ma mère"	
Caroline	NON "c'est l'expérience qui m'a appris que j'avais raison de pas soigner"	<u>Bénignité de la pathologie</u> : "j'ai un petit peu mal à la gorge... ma foi ça peut aller"	<u>Renvoyer sur un confrère</u> : "je préfère les déléguer"
Lise	OUI mais... "c'est compliqué"	<u>Nécessité d'un cadre</u> : "si j'accepte... y'a aussi des exigences... même si on est ami"	

2) *Analyse transversale*

Les médecins interrogés acceptaient de prendre en charge un de leurs proches à condition qu'il s'agisse de pathologies banales et bénignes de la pratique courante en soins primaires (six occurrences) : « dans une pratique quotidienne... de pathologies banales... ça ne pose pas trop de problèmes » (Henri), « pour régler un nez qui coule... si les choses se corsaient... je passerais la main » (Laure), « je m'occupe de l'infectiologie » (Patricia). Ils étaient également disponibles pour un dépannage (deux occurrences) : « je délivre des ordonnances... pour dépanner ma mère » (Patricia). En cas d'urgence, de par leur devoir, les médecins prenaient en charge leurs proches (quatre occurrences) : « si y'a vraiment quelque chose qui presse » (Beniat), « en cas d'urgence, ou de mort imminente,... il faut pas trop réfléchir » (Amandine). En cas de situations complexes ou chroniques, les médecins souhaitaient passer la main à un confrère : « il y a les situations un petit peu plus complexes où c'est vrai qu'il faut essayer de passer la main plus facilement » (Henri), « il faut... quand il y a quelque chose de, de grave, demander un avis à quelqu'un d'autre » (Sophie).

Certaines conditions semblaient nécessaires au médecin pour prendre en charge un « proche patient » comme le fait que les soins soient effectués au cabinet médical : « je m'arrange pour les soigner au cabinet et pas à la maison » (Henri), « ça serait bien, si vous veniez au cabinet » (Beniat). Par ailleurs, le respect de la confidentialité semblait essentiel pour les médecins : « j'évite de discuter de leur santé à ce moment-là au domicile personnel » (Henri), « non je lui dirai pas que... sa copine était venue me consulter » (Ispa). La compliance aux soins du « proche patient » était aussi un point important dans la prise en charge.

Par ailleurs, les médecins décrivaient la nécessité d'un cadre : « suivre ses proches, oui, mais dans un cadre bien précis » (Laure), « si j'acceptais... y'a aussi des exigences... même si on est ami » (Lise). Il était nécessaire pour eux qu'il y ait une dissociation des rôles, que la relation s'inscrive dans de l'empathie et non de la sympathie. « Je préfère séparer les choses » (Laure), « théoriquement, il doit pas y avoir d'affect ! fin, de l'empathie c'est tout » (Bernard). Le cadre s'inscrivait également dans l'importance de réaliser un examen clinique et une conduite à tenir standardisés : « je fais pas une ordonnance sur un coin de table,... j'ai vraiment regardé son pied » (Bernard), je faisais attention... de lui faire un examen très complet » (André).

La prise en charge des proches semblait également possible si le suivi était effectué conjointement par un confrère : « aucun membre de ma famille suivi par moi uniquement... j'ai pas envie d'être la seule décisionnaire en ce qui concerne leur santé » (Marie).

Enfin, un médecin proposait que cette pratique soit encadrée d'un point de vue législatif : « si c'était évitable de soigner quelqu'un de sa famille, ..., ça serait bien, ça serait encadré par une loi

mais euh, on va dire, le Serment d'Hippocrate il est déjà en amont de tout ça, donc on peut pas...» (Amandine).

L'attitude à avoir face aux proches la plus souvent évoquée selon les médecins était de renvoyer la demande sur un confrère (huit occurrences) : « j'ai orienté mon père euh, sur quelqu'un » (Isa), je peux pas répondre à ta question, donc euh, vas avoir ton médecin » (Bernard), « mais très rapidement... Tu verras ça avec ton médecin traitant » (Marie). Dans l'attente, les médecins se contentaient de répondre uniquement à des questions, de donner des explications, des conseils ou des avis (trois occurrences) : « pour les décisions euh, importantes, je donne un avis mais ça s'arrête là » (Marie). Il semblait tout de même important de trouver des compromis tout en restant concerné : « se sentir et être concernés sans être le principal acteur » (Laure). Un des médecins acceptait toute demande, le temps de faire le lien jusqu'au relais avec un confrère : « je m'en occupe tout le temps... jusqu'à qu'ils se retrouvent sur des rails qui font que... on peut passer la main » (André).

V. DISCUSSION

A. *Méthode*

1) *Limites de l'étude*

a) *Inhérentes au thème général abordé*

Une limite de l'étude est liée au thème de la recherche, qui peut être ressenti comme délicat ; comme à chaque fois que l'on aborde un sujet lié à la qualité des soins. Le thème des évènements indésirables et de l'erreur est un sujet difficile qui peut engendrer un certain malaise chez les médecins généralistes interviewés. La remémoration de ces expériences n'est pas simple pour eux, d'autant plus qu'elles se sont déroulées chez un proche ; certains éléments de réponse n'ont peut-être pas été rapportés par crainte de jugement ou bien parce que l'impact encore présent inhibe l'expression. Parallèlement au fait que les médecins n'ont pas forcément tout voulu nous dire, les proches eux aussi n'ont peut-être pas fait de retour auprès du praticien concernant des évènements indésirables afin de ne pas les blesser. Au cours des entretiens, des relances étaient fréquemment nécessaires, illustrant les difficultés des médecins à évoquer ce sujet ; ils étaient souvent hésitants (répétition du mot « euh » et phases de silence).

b) *Inhérentes à la population échantillonnée*

L'objectif de notre travail qualitatif n'est pas d'obtenir un échantillon représentatif mais exhaustif. Un biais de recrutement est à noter dans notre étude puisqu'aucun médecin généraliste n'exerce en milieu rural. Du fait de la démographie médicale actuelle, certains milieux ruraux ont une densité médicale faible ; ce qui peut impacter sur les pratiques. Si vous êtes le seul médecin du village, votre attitude face à vos proches peut être différente par rapport à une pratique de grande ville où l'offre médicale est plus importante.

c) *Inhérentes à la réalisation des entretiens*

L'exercice de l'entretien semi-dirigé n'est pas toujours facile ; les questions pouvant être parfois trop directives ou au contraire pas assez incitatives, nécessitant de reformuler ou préciser, et cela limite la fluidité du discours et le libre cours des pensées. Le manque d'expérience de l'enquêteur dans la conduite d'un entretien semi-dirigé a pu générer un biais d'intervention notamment quand il s'agissait de recentrer l'interlocuteur ou d'enchaîner de façon satisfaisante les

questions en fonction des réponses fournies. Ce biais était principalement présent lors des premiers entretiens ; l'acquisition progressive de la technique de l'entretien semi-dirigé l'ayant estompé par la suite.

De même, le fait que l'intervieweur soit lui aussi médecin généraliste est propice à ce que les médecins généralistes se confient mais est également un frein à l'expression des interviewés, par peur du jugement d'un confrère. Bien que nous précisions aux médecins que nous ne portons pas de jugement sur leur pratique, nous pouvons supposer qu'ils ne nous aient pas rapporté certaines situations, notamment celles concernant des erreurs médicales plus lourdes de conséquences, de par l'existence d'une certaine retenue à parler d'expériences dans lesquelles les médecins ne se sentent pas à l'aise.

Les trois interviews les plus longues concernaient des médecins en congés ou bien ayant terminé leur journée de consultation. Lorsque les entretiens s'effectuent sur une plage de consultation, les médecins sont peut-être plus concis dans leurs réponses pour ne pas risquer de prendre du retard sur leurs consultations.

Une limite en lien avec la mémorisation des situations est présente du fait que nous demandions de façon rétrospective aux médecins généralistes de nous exposer un cas à partir de leurs souvenirs. Avec le temps, ils ont pu oublier certaines erreurs ou certains de leurs déterminants. Peu de situations graves ont été relatées, soit parce qu'elles n'ont pas eu lieu soit parce que les médecins ne se souviennent plus d'évènements indésirables graves par mécanisme de refoulement, souvent liés à la culpabilité que cela engendre. À noter que les enquêtés ne connaissaient pas par avance le sujet de l'entretien ; il ne leur était pas demandé de réfléchir avant notre rencontre aux évènements indésirables qu'ils auraient pu rencontrer lors de la prise en charge d'un de leurs proches.

d) Inhérente à la méthodologie d'analyse

Nous avons veillé à maintenir une approche la plus objective possible mais nos représentations et interprétations (du langage non verbal notamment) peuvent interférer avec une neutralité analytique et impliquer un biais d'interprétation. Lors de la phase d'analyse transversale qui a mené à la construction de catégories analytiques, les conceptions personnelles de l'enquêteur et ses opinions ont pu influencer son travail d'abstraction.

Le principe de saturation des données nous semble atteint puisque dès le dixième entretien, des notions récurrentes sont retrouvées mais compte du nombre d'entretiens réalisés, il reste discutable. En augmentant de façon importante ces entretiens, d'autres notions apparaîtraient probablement.

2) *Force et intérêt du travail*

Le choix de la méthode qualitative est approprié puisqu'elle permet d'explorer les émotions et les représentations des médecins ainsi que leur comportement et expérience personnelle. Elle nous semble adaptée à cette recherche dont l'objectif est d'étudier les déterminants de l'erreur. L'entretien individuel semi-dirigé est un choix cohérent ; il permet, à partir d'une grille préétablie de questions, de mettre en évidence la logique qui guide les comportements des individus. Les médecins se livrent sur ce thème vaste et parfois délicat tout en gardant un cadre dans le déroulement de l'entretien grâce à son guide. Le choix a été pertinent au vu de la richesse et de la spontanéité des discussions.

Le fait que l'enquêteur soit du même milieu social que l'enquêté est un argument en faveur d'une meilleure validité puisqu'il permet de lever les barrières et les mécanismes de défense de l'enquêté ; l'interviewé se sentant peut-être mieux compris.

Une compétence d'orateur satisfaisante de l'intervieweur a permis une discussion fluide sans qu'elle ne prenne l'apparence d'un interrogatoire policier ; facilitant ainsi le cheminement des idées et le libre cours de la pensée du médecin interviewé. La réalisation du mémoire de stage chez le praticien a permis de s'entraîner à la technique de l'interview.

La fiabilité de notre analyse repose sur l'existence d'une étude pilote pour tester la compréhension des questions, la neutralité de l'intervieweur, le respect d'une méthodologie systématique avec reproductibilité de l'analyse, l'obtention d'une saturation des données (les proches retrouvés sont ceux cités dans la littérature, récurrence des notions lors des derniers entretiens) et la triangulation des résultats par deux autres intervenants.

Ce travail a un caractère original de par son thème puisque l'erreur en médecine générale ne reste que peu abordée, souvent minimisée ou tenue secrète. Ces situations sont encore souvent sources de malaise pour les médecins généralistes et traiter ce sujet sensible semble intéressant et potentiellement enrichissant pour les médecins qui prennent en charge un de leurs proches. L'originalité s'inscrit dans le challenge qu'était de mêler deux éléments à composante émotionnelle lourde : la proximité du soin et les évènements indésirables liés aux soins. Peu de travaux ont été réalisés sur ce sujet, comme l'a montré la recherche bibliographique, et nous sommes parvenus à faire ressortir un grand nombre de facteurs contributifs.

B. Résultats

1) Situations exposées

Beaucoup d'erreurs sont méconnues, dit Eric Galam, soit parce qu'elles n'ont pas été suivies de conséquences, soit parce que ces dernières n'ont pas été attribuées à un dysfonctionnement. D'autres sont connues plus ou moins confusément par celui qui les a commises ou subies, mais il les enfouit au fond de lui, ou il s'en souvient mais n'en parle pas, préférant, à la rigueur, évoquer des histoires très anciennes ou qui se sont bien terminées... L'erreur est un sujet douloureux dont on ne parle pas ; il relève en quelque sorte de l'intimité professionnelle qui ne se dévoile pas sans craintes (66).

Les situations exposées par les médecins généralistes étaient lourdes, notamment sur le plan émotionnel. Malgré tout, la parole est restée assez ouverte lors des entretiens.

Les proches cités lors des interviews correspondent à ceux que l'on retrouve dans la littérature : la famille avec les proches parents, les proches enfants, les proches conjoints, les membres de la famille un peu plus éloignée et les proches amis (3,19). Les collègues de travail quant à eux, n'ont été cités qu'une seule fois dans notre étude. Dans son travail de thèse, S. Toumelin s'est intéressée à la prise en charge médicale des conjoints et enfants de médecins généralistes (67), F. Castéra lui, a enquêté auprès de cent médecins généralistes concernant les soins apportés à leur famille (68), Cottureau et al. ont cherché à savoir si les médecins généralistes soignaient leurs parents (père et mère) (69) et V. Bonvalot a étudié les différences de pratique dans la relation thérapeutique intrafamiliale lorsque le médecin généraliste était médecin traitant de sa propre famille (30). Aux USA, des auteurs se sont intéressés aux médecins traitant leurs propres enfants (70), leurs épouses avec la relation de ces médecins envers la santé de leur famille (71). D'autres se sont demandé si l'on pouvait traiter sa famille, ses amis ou se traiter soi-même (15). E.J. Krall a étudié la prévalence des médecins se traitant eux-mêmes, traitant leur famille et leurs collègues avec les problèmes qui pouvaient survenir (25). Dans ces différentes études américaines, les médecins n'étaient pas uniquement des médecins généralistes.

Notre travail a mis en évidence cinq cas décrits de façon précise relevant de retard ou d'erreur de diagnostic avec notamment deux situations de retard au diagnostic d'appendicite. Les erreurs de diagnostic se produisent plus fréquemment que les autres types d'erreurs ; elles sont plus susceptibles de nuire aux patients et sont plus évitables (72). Amalberti et al. ont fait une analyse systématique de trois ans de sinistralité au Sou Médical – Groupe MACSF (43), soit 1046 plaintes et leurs résultats montrent que le retard ou l'erreur de diagnostic représente un peu plus d'un tiers des dossiers (37,2%), avec une prédilection pour les deux catégories de pathologies aux tempos très

différents ; les cancers dont le retard est compté en mois et les menaces d'infarctus, d'accident vasculaire cérébral ou d'abdomen aigu, comptés en heures. L'étude de Bhasale et al. et Miyasaka ont retrouvé également respectivement 34% et 27% d'évènements indésirables se rapportant à un incident diagnostic (49). L'américain J.W. Ely et son équipe, dans une étude effectuée en soins primaires auprès de 200 médecins de famille, 200 internistes généraux et 200 pédiatres (72), a établi une liste des erreurs diagnostiques les plus fréquemment retrouvées au sein de sa population : cancer (poumon, lymphome, colorectal, neuroblastome, ovaire, etc.), embolie pulmonaire, coronaropathies, anévrismes, appendicites, maladie de Kawasaki, méningite, pneumonie, autres. Les diagnostics posés au départ étaient en lien avec des symptômes communs et courants (douleurs abdominales, fièvre, fatigue) ; ces diagnostics initiaux étaient relativement bénins et par ordre de fréquence, une infection virale bénigne, une douleur musculo-squelettique, broncho-pneumopathie obstructive/ asthme, lésion cutanée bénigne, pneumonie, infection urinaire, maladie coronaire, constipation, syndrome dépressif, gastroentérite virale, autres. Dans l'étude d'Amalberti et al. (43), les dysfonctionnements liés à la conduite thérapeutique viennent en second (27% des dossiers). Dans notre travail, nous retrouvons deux cas exposés en lien avec une attitude thérapeutique inadaptée (points de suture chez le fils d'Henri et utilisation inadaptée de VALIUM® chez son épouse). Amalberti et al. (43) indiquent que les effets médicamenteux indésirables représentent 10,5% du total des dossiers. Dans notre étude, un cas d'effets indésirables médicamenteux est retrouvé avec les épigastralgies secondaires à la prescription d'AINS chez le frère de Beniat. Bashale et al. ont retrouvé 51% d'incidents se rapportant à la gestion pharmacologique (49).

Au final, peu d'évènements indésirables pouvant être classés comme graves (séquelles ou décès) ont été cités par les médecins généralistes en dehors du décès du grand-père d'Isma. Cela pourrait être en partie expliqué par le fait que les médecins ne prennent pas en charge leurs proches pour des maladies graves ou chroniques comme pouvaient le dire Laure ou Caroline notamment. Ils passent facilement la main à leurs confrères lorsqu'il s'agit d'une prise en charge complexe (10,21,67,68).

Au-delà du malaise posé par ces situations, il existe une problématique de sémantique ; la notion de taxonomie des évènements indésirables n'est apparue que tardivement à la fin du XX^{ème} siècle avec Klotz (41), mais surtout au début du XXI^{ème} siècle (37,73,74) avec l'élaboration de taxonomies spécifiques des soins primaires : Zhang aux USA en 2004, Kostopopoulo au Royaume-Uni en 2006, Jacobs au Canada en 2007 à partir de la taxonomie préliminaire de Dovey de 2002, etc. (Figure 5).

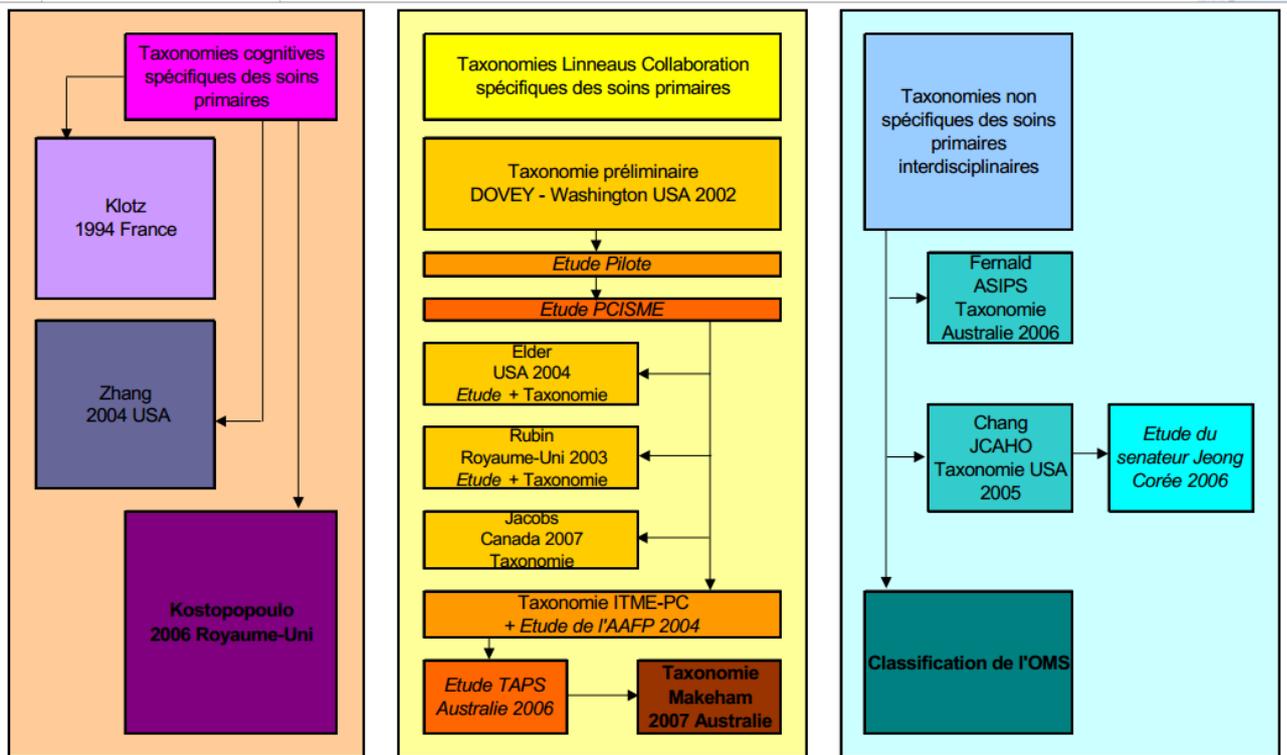


Figure 5 : Comparaison des taxonomies étudiées par M. Keriél-Gascou (73)

2) *Facteurs contributifs à un évènement indésirable*

La littérature sur les risques hospitaliers est conséquente et met l'accent sur des processus défaillants où les évènements indésirables médicamenteux, la coordination entre les soignants et les facteurs systémiques et organisationnels sont prédominants. Mais le contenu des processus défaillants est très différent entre un type d'exercice hospitalier et l'exercice de médecine générale (43). En médecine générale de ville, la vision et la disponibilité du patient pendant sa maladie est ponctuelle, le type d'exercice est soit isolé, soit en réseau, mais non collectif, les pathologies considérées ne sont pas spécifiques à un domaine et le patient est en bon état général. Lorsqu'il s'agit de la prise en charge d'un proche, la vision et la disponibilité du patient peut être un petit peu plus continue quand les deux protagonistes vivent sous le même toit.

a) *Comparaison des facteurs contributifs*

Certains facteurs contributifs à des évènements indésirables retrouvés dans notre étude sont identiques à ceux décrits chez des patients classiques en soins ambulatoires (48–51).

On rencontre tout d'abord les facteurs de stress communs à beaucoup de médecins généralistes. Dans sa vie professionnelle, le praticien est souvent pressé, devant enchaîner les consultations pour répondre à la demande de soins ; la fatigue due à la charge de travail importante est un facteur présent dans la survenue d'un évènement indésirable. De même, lorsqu'une demande de soins se fait en fin de journée ou de semaine, la concentration et l'attention peuvent être moindres, perturbant alors le raisonnement médical. La nature de la relation du médecin avec les patients est décrite comme pouvant interférer avec des soins appropriés et notamment le fait d'être trop familier ou à l'inverse si le patient est complètement inconnu. Cette notion de proximité et familiarité comme facteur contributif de stress et de dysfonctionnements est bien décrite dans notre étude. Enfin, si le médecin est occupé à ou préoccupé par un autre évènement, indépendant de sa pratique clinique, il peut montrer des signes d'inattention voire de négligence interagissant de manière néfaste dans la relation de soins.

Les facteurs contributifs liés au médecin retrouvés dans une consultation avec un patient classique et lors de soins à nos proches peuvent être en relation avec la situation personnelle du praticien (état physique et psychologique altéré), avec sa pratique générale de la médecine (tendance à l'inattention, à la négligence, manque de vigilance, personnalité orgueilleuse, praticien trop optimiste, volonté d'aller vite). Un recueil d'informations insuffisantes en raison d'une anamnèse incomplète ou d'examen inadéquats peut également engendrer des dysfonctionnements de par une évaluation du patient insuffisante, une sous-estimation de l'état du patient, une mauvaise

appréciation de la gravité liée au manque d'éléments diagnostiques. Par ailleurs, les compétences cognitives ou de jugement du médecin généraliste peuvent être déficientes ; il peut être induit en erreur par des symptômes bénins, mis en échec dans la reconnaissance des signes et symptômes. Le raisonnement diagnostique et l'établissement des diagnostics différentiels sont inadéquats, menant à une erreur de jugement. Enfin, le non-respect des protocoles et des pratiques couramment acceptées (recommandations, Evidence Based Medicine) sont à l'origine d'évènements indésirables (c'est ce que l'on retrouve chez Henri et son utilisation du Valium® chez son épouse).

Les facteurs contributifs peuvent également être patients-dépendants et/ou liés à la relation médecin-patient ; que ce soit un patient-client ou un proche. La consultation tardive ou le déni du patient face à ses symptômes ou sa maladie aboutissent souvent à des retards diagnostiques. De même, lorsque le patient est embarrassé par certains symptômes ou qu'il donne des informations inexacts, la démarche clinique du médecin est perturbée. Le « proche patient » peut être d'autant plus honteux ou hésitant à exprimer certains symptômes de par le lien de proximité qui le lie au médecin, souvent en relation avec un sentiment de pudeur ; il est parfois plus facile de se livrer à un « inconnu » dont on a l'impression qu'il ne nous jugera pas. La non-compliance du patient à sa prise en charge ou son refus d'être hospitalisé contribuent à la survenue d'évènements indésirables. Par ailleurs, la « soi-disant » bonne connaissance du patient induit des représentations et des a priori quant à ce que pourrait présenter le patient, qu'il soit proche ou non ; au lieu de simplement comprendre la situation du patient, le médecin commence à se représenter ce qu'il connaît de celui-ci (7). La proximité fausse le raisonnement du praticien. Des comportements gênants du patient ou la pression qu'il peut exercer sur le médecin pour obtenir ce qu'il souhaite est également source de dysfonctionnements. Cette pression semble d'autant plus facile à établir quand il s'agit d'un « proche médecin » en faisant intervenir l'affect. Enfin, les problèmes liés à l'entourage du patient (qui souvent est également son propre entourage lors de la prise en charge de ses proches) et les facteurs de communication (problèmes d'ordre relationnel) prennent part à la survenue d'évènements indésirables.

Des facteurs liés au système de soin avec notamment des problèmes de coordination entre les services de soins et le manque de lits dans les établissements sont source de dysfonctionnements à l'origine d'évènements indésirables.

Enfin, certains facteurs contributifs sont liés à la maladie : une pathologie rare, un contexte épidémique ou une symptomatologie frustrante. L'analyse des causes racines effectuée par Amalberti et al., dans leur étude illustrant le rôle clé des « compétences non techniques » et des « tempos » dans le contrôle du risque (43), a montré que la cause la mieux corrélée aux retards diagnostiques et/ou au motif de visite décalée est la nature trompeuse des tableaux cliniques, particulièrement la banalité des symptômes inauguraux chez des sujets sans antécédent connu et en période pseudo

épidémique. Plus la notion de période pseudo-épidémique (grippe, gastro-entérite) semble forte, moins le questionnement du patient semble poussé et plus les symptômes d'accompagnement non concordants sont ignorés. La notion de tableau médical complexe (par opposition à un tableau banal) intervient comparativement deux fois moins souvent comme cause des processus défailants dans les retards diagnostiques. Cette notion de contexte épidémique comme facteur contributif d'évènement indésirable est retrouvé dans notre étude à travers le retard diagnostique d'appendicite chez le mari de Caroline. Les douleurs abdominales se sont déroulées en hiver, en pleine épidémie de gastroentérite, son mari avait un peu vomi, l'abdomen était souple mais l'anamnèse n'a pas été complète et l'examen est resté sommaire.

D'autres facteurs contributifs à des évènements indésirables décrits chez des patients classiques en soins ambulatoires(48–51) n'ont pas été retrouvés dans notre étude.

Des facteurs de stress du médecin étaient retrouvés dans des consultations classiques : le fait d'être distrait, l'influence de l'opinion des autres, des conditions de consultation stressantes (téléphone, week-end, heure de partir) et un médecin en colère en général.

En ce qui concerne les facteurs liés au médecin, certains retrouvés dans la prise en charge de ses patients clients étaient liés à sa pratique générale (mauvaise organisation, locaux inadaptés), à des connaissances défailantes ou insuffisantes, des compétences cognitives ou de jugement déficientes (médecin n'ayant pas demandé les examens complémentaires nécessaires, n'ayant pas vérifié les résultats d'examens, praticien s'appuyant sur la technologie, ne voulant pas faire de frais supplémentaires à la charge du patient). L'absence d'un bon suivi ou un défaut de continuité des soins, l'omission de procédures de contrôle, un dossier médical mal ou non renseigné ou encore une écriture illisible sur l'ordonnance peuvent entraîner la survenue d'évènements indésirables. Enfin, un sentiment d'infériorité vis-à-vis du patient engendre des dysfonctionnements. Le statut de médecin auprès de ses proches, la mise souvent sur un piédestal par ces mêmes proches limitent probablement ce sentiment d'infériorité du médecin.

D'autres facteurs patients-dépendants et/ou liés à la relation médecin-patient n'ont pas été retrouvés dans des situations de soins délivrés à ses proches : l'aspect physique et la personnalité du patient n'influeraient pas sur le raisonnement médical, de même que son niveau socioculturel, ses difficultés économiques, sa personnalité anxieuse ou plaintive. L'absence de relation de confiance, le manque de communication entre le patient et le système de santé ou entre les professionnels de santé, l'absence d'information éclairée du patient n'ont également pas été mis en évidence dans la relation de soin à ses proches.

Dans les situations exposées par les médecins interviewés dans notre étude, certains facteurs contributifs liés au système de soin ne sont pas ressortis : l'absence de contrôle des dossiers

médicaux, des équipements non vérifiés ou mal entretenus, des examens non disponibles ou l'indisponibilité d'un confrère, des établissements hospitaliers en sous-effectif, ou bien encore la pression de la Sécurité Sociale et des discours politiques.

Un grand nombre des éléments non retrouvés est peut-être lié au fait que la prise en charge de ses proches n'est souvent pas réalisée au cabinet (absence des facteurs liés à l'environnement de soin). Dans les deux cas analysés par la méthode CADYA (fils d'Henri et grand-père d'Ispe), les facteurs techniques (décrits parmi les quatre catégories de la méthode d'analyse) n'apparaissent pas dans notre travail car les démarches de soins ont été effectuées hors cadre du cabinet médical. Les facteurs liés au contexte institutionnel, à l'organisation et au management, au fonctionnement de l'équipe, à l'environnement de travail ressortent peu dans notre étude compte tenu de l'environnement de soin (cabinet vs domicile) (42).

Les autres facteurs contributifs indépendants du lieu de la consultation pourraient probablement être retrouvés en majorant le nombre d'entretiens mais le fait que les médecins « passent la main » à un confrère pour les prises en charge complexes pourrait aussi être un biais.

Enfin, certains facteurs contributifs à des événements indésirables retrouvés dans notre étude semblent spécifiques à cette relation singulière médecin-« proche patient ». Ces facteurs sont liés à la relation psychoaffective existant entre les deux protagonistes et aux émotions qui en émanent. L'examen clinique est souvent incomplet en lien avec une certaine pudeur, il est parfois difficile de faire un examen gynécologique à un membre de sa famille ou une amie. Le vécu d'une expérience médicale antérieure négative pour un de ses proches peut avoir un impact négatif sur la prise en charge. Le praticien peut être confronté à une remise en cause et des reproches en amont par ses proches, provoquant une réaction de défense et parasitant le raisonnement médical. De même, le médecin peut être confronté à un sentiment de colère ou d'agacement lorsqu'un proche exprime une demande de soins. Rentrant d'une journée de travail parfois éprouvante, il souhaiterait probablement mettre un terme à cette journée professionnelle mais la scission entre vie professionnelle et personnelle n'est pas si évidente. Cela peut aboutir à une minimisation des symptômes qui est souvent liée à la volonté de ne pas voir son proche malade, comme le dit le médecin N°265 du travail de B. Joffre Berthomme « Rentrant d'une longue journée parsemée de malades (un certain ras le bol) j'ai minimisé des symptômes qui se sont parfois avérés importants (exemple : j'ai mal à la tête et je trouve que j'ai grossi – je réponds : prends de l'aspirine et couche toi, le lendemain, début de méningite ourlienne... On ne veut pas voir ses enfants malades » (23). Ce déni est marqué par la peur de diagnostiquer une pathologie sévère et peut inconsciemment pousser le médecin à occulter le problème de santé, entraînant un retard au diagnostic (8). Les dysfonctionnements du raisonnement médical sont également marqués par un manque d'objectivité

(7) et ce, malgré la volonté d'aider son proche (médecin N°27 de la thèse de B. Joffre Berthomme : « on est plus dur, moins objectif, on banalise, on attend trop, on fait moins bien qu'avec nos patients »). Comme le dit E. Galam, parfois le médecin est piégé dans son désir d'aider les autres qui peut le faire fléchir dans son raisonnement purement médical (56). Par ailleurs, dans cette relation il existe une réelle confusion des rôles ; il est difficile pour le patient de voir ce proche comme un médecin puisque c'est avant tout son père ou son oncle et inversement, avec la crainte de perturber cette relation affective préexistante à cette relation de soin (4). Le médecin éprouve un sentiment d'obligation de soins et se voit parfois à l'extrême, subir une sorte de chantage affectif avec un proche doué pour générer une culpabilisation chez le praticien s'il venait à refuser ou différer une demande de soins. L'influence négative de l'affect dans le raisonnement médical semble clairement ressortir, avec un médecin confronté au dilemme entre en faire trop ou pas assez mais dans la plupart des situations, les praticiens ont plutôt tendance à en faire moins, selon l'adage « les cordonniers sont les plus mal chaussés » (4). C'est ce que dit le médecin N°48 de B. Joffre Berthomme : « On est par contre parfois hésitant sur la conduite à tenir car on craint de ne pas faire assez, ou inversement de dramatiser ». Certains médecins pensent ne pas pouvoir garder une attitude professionnelle, et objectivent comme principale raison la présence de l'affectif qui pousserait à en faire trop ou pas assez (23). Un grand nombre de facteurs contributifs sont liés à l'environnement de soin, qui est la plupart du temps le domicile. Le praticien adopte facilement une attitude de temporisation, pensant pouvoir réévaluer régulièrement son proche, ne souhaitant pas là aussi en faire de trop. Une prise en charge au domicile s'inscrit dans une absence de cadre, les conditions de prise en charge sont inadaptées et le moment de la demande de soins ou de prise en charge est inadéquat, le matériel utilisé n'est pas forcément approprié.

L'affect se voit être un énorme scotome dans le raisonnement et la prise en charge médicale de ses proches ; il obscurcit et altère le champ visuel médical du praticien qui ne parvient à percevoir de façon objective le tableau qui se présente à lui. Les difficultés rencontrées par les praticiens lors des soins délivrés à leurs proches (4,7,8,10,20,29,30) sont des facteurs qui font qu'ils sont dans une situation à risque.

b) Facteurs évitants, culture de sécurité

La culture de sécurité des soins désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients. Il est fait référence à des façons d'agir, des pratiques communes, mais aussi à des façons de ressentir et de penser partagées en matière de sécurité des soins (75). Ce terme, utilisé dans le nucléaire depuis trente ans, fait son apparition en

milieu médical à partir des années 2000. Cela implique une attitude de remise en question systématique, un refus de se contenter des résultats acquis, un souci permanent de la perfection, un effort de responsabilité personnelle et d'autodiscipline de groupe en matière de sûreté. Ceci doit permettre d'exécuter correctement toutes les tâches importantes, avec diligence, de manière réfléchie en toute connaissance de cause, sur la base d'un jugement sain et avec le sens des responsabilités requis (76).

Certains facteurs atténuants ont été décrits dans le champ des évènements indésirables. Bhasale et al. disent dans leur étude que les incidents ont plus souvent été atténués par des facteurs « chance » et une bonne condition physique du patient, que par des procédures de sécurité ou de prévention systématisées (49).

Dans son travail de thèse, C Savage (52) cite comme facteurs évitants la connaissance de ses limites intellectuelles et physiques en tant que médecin généraliste, la capacité à rester humble et honnête, le fait de persévérer en cas de non amélioration, avoir un esprit de synthèse, se protéger du burnout en prenant des pauses régulièrement, se former régulièrement, adopter de bonnes conditions de travail, opter pour une bonne tenue des dossiers médicaux, savoir bien gérer son temps et entretenir des relations avec les spécialistes. Dans notre étude, certains facteurs évitants étaient absents et, du fait de leur absence, ont probablement favorisé la survenue d'un évènement indésirable. Par exemple, souvent, lorsqu'un médecin prend en charge un de ses proches, il exprime toute la difficulté à avoir confiance en lui du fait de la présence de l'affect, il éprouve des difficultés à garder son esprit de doute, à suivre son instinct et son ressenti irrationnel dans certaines situations. De même, l'absence de regard ouvert face aux différents diagnostics possibles est présente, du fait que le médecin ne souhaite pas voir son proche malade ; il évince certaines hypothèses. Il est difficile pour lui d'avoir un regard neuf sur le dossier et de considérer tous les antécédents dans la démarche diagnostique, n'ayant pas le dossier médical à disposition à la maison. C. Savage décrit que le fait de connaître les patients et avoir une relation de confiance réciproque limiterait pour plusieurs médecins de son étude, le nombre d'erreurs. Notre étude retrouve l'inverse, bien que nous n'ayons pas démontré de lien de causalité, c'est-à-dire d'augmentation de risque d'évènements indésirables quand un patient est pris en charge par un « proche médecin ». Enfin l'absence du facteur évitant qui consiste en une remise en question de sa pratique est retrouvée dans les situations exposées dans notre étude.

Dans son travail de thèse étudiant la gestion du risque d'erreur diagnostique en soins primaires par les médecins généralistes juniors, K. Hamoudi a identifié des stratégies pour limiter la survenue de ces erreurs diagnostiques (77) : ne pas négliger l'anamnèse et les antécédents , donner au trouble de la santé un cadre diagnostique et un pronostic évolutif attendu, exclure un risque

évitable précoce et élaborer un plan d'urgence le cas échéant, ne pas figer la situation à option diagnostique ouverte et respecter le « flou » en médecine pour garder à l'esprit des diagnostics alternatifs et permettre aux signes et symptômes de se clarifier, ne pas méconnaître un état morbide, etc.

Parmi les mesures correctives citées par les participants dans l'expérimentation d'une RMM en Rhône-Alpes (78), on retrouve certains facteurs facilement applicables au soin à ses proches. Parmi les facteurs humains, sont décrites la gestion d'un affect trop positif/sympathie pour le patient, la gestion du stress induit par les patients et leur entourage, la nécessité de différencier « urgence » et « recours urgent » en sachant différer une consultation sans caractère d'urgence avéré. Cette dernière notion semble d'autant plus difficile à appliquer pour des proches dont la frustration peut être majorée devant un refus de réponse rapide à une demande.

c) Facteurs contributifs et personnalité du médecin

Souvent, les proches ont suivi et accompagné le médecin dans sa longue et éprouvante période de formation et ce dernier est admiré, tel un « super héros » idéalisé par son entourage. Le médecin se voit tenu de devoir poursuivre cette démonstration d'excellence et de perfectionnisme même si parfois il peut en arriver à prendre des décisions contre son gré. La triade compulsive (58) décrite chez les médecins peut être exacerbée lors de soins prodigués à un proche ; le doute chronique avec la crainte permanente d'en faire trop ou pas assez inhibant la prise de décision, le sentiment de culpabilité à l'idée de se tromper pour ce proche dont on veut le meilleur avec le risque de perturber une relation affective et le sens exagéré des responsabilités.

Le médecin se doit de préserver la représentation idéaliste et omnipotente de son statut. Cependant, l'orgueil et le sentiment de toute puissance peuvent contribuer à la survenue de dysfonctionnement et l'attitude parfois un peu narcissique du médecin peut engendrer des événements indésirables, notamment quand il éprouve des difficultés à passer la main et manque de confiance dans ses confrères (médecin N°118 du travail de B. Joffre Berthomme: « J'ai plus confiance en moi pour mes enfants qu'en quelqu'un d'autre... », N°273 : « je crois que je ne ferai confiance à personne d'autre pour les soigner... »). (23)

Enfin, lors de la prise en charge de ses proches, l'aptitude à s'affirmer dans sa position, la capacité à ne pas juger ni diriger le patient et l'empathie peuvent être défailtantes.

d) Perspectives

La mise en évidence de facteurs contributifs identiques à la prise en charge de tous les patients illustre l'importance de maintenir ses compétences professionnelles, de les mettre à jour et de les mobiliser correctement grâce notamment à une formation continue.

Une connaissance correcte des causes d'événements indésirables évitables peut permettre d'élaborer des stratégies de prévention des erreurs humaines susceptibles de survenir au cours des soins ambulatoires (38).

L'Agence Internationale de l'Energie Atomique qui a publié en 1987 la définition de la culture de sécurité la plus couramment utilisée, estime que les pratiques de contrôle et autocontrôle, à travers notamment la formation, le retour d'expérience et l'audit, sont des moyens d'évaluer les pratiques mises en œuvre dans les organismes et les faire évoluer le cas échéant (76). Chevreau et Wybo (79) voient le concept de culture de sécurité comme un projet intégrateur, englobant différents principes managériaux et techniques de maîtrise des risques partagés par un groupe (Figure 6).

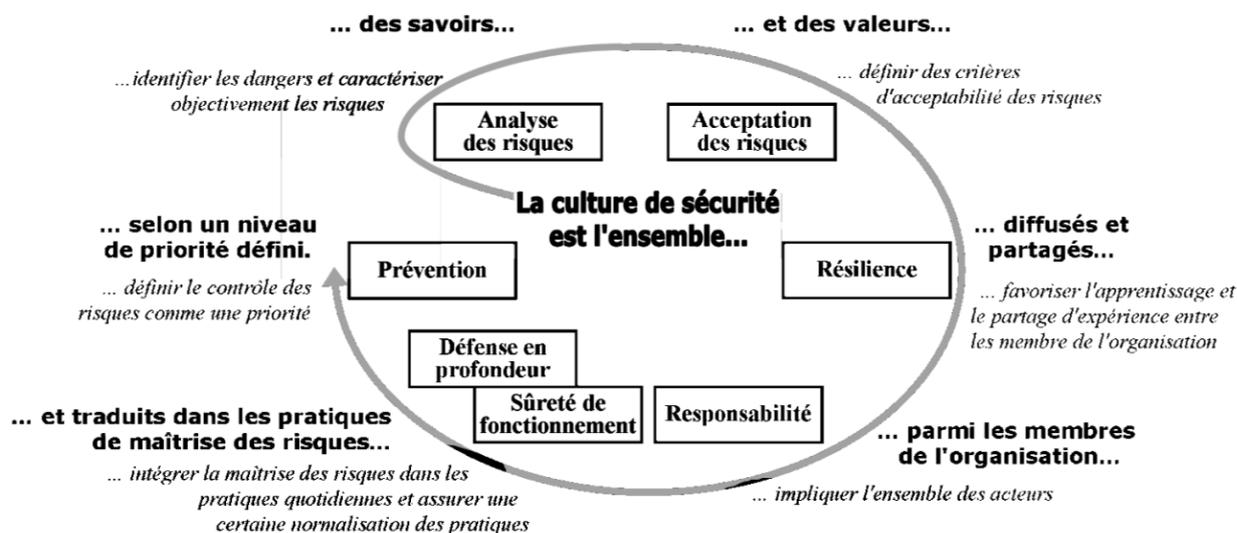


Figure 6 : La culture de sécurité comme stratégie de maîtrise des risques (79).

3) *Impact d'un évènement indésirable*

Comme le dit Pierre Klotz, « Homme et non surhomme, exerçant son industrie sur une matière première non moins humaine, le médecin n'échappera pas à l'humaine condition qui consiste à se tromper souvent. Nos façons personnelles de nous tromper forment d'ailleurs une part de notre ego, en contraste avec le caractère impersonnel, quelque peu désincarné de la science. » (41)

Selon Eric Galam (56), la « gestion » de ces erreurs par les médecins est un des aspects les plus délicats de leur métier et participe à leur identité professionnelle. Les répercussions de l'erreur sur les protagonistes sont multiples : financières, psychologiques, symboliques et cela impacte à la fois les pratiques professionnelles, le rapport du soignant à ses patients, à son métier, et la personne du soignant ou sa vie privée. Le terme « erreur » faisant référence à la faute, à la culpabilité, à la sanction et plus largement et de manière plus ou moins explicite, au scandale et à l'infamie ; des connotations péjoratives y sont associées et favorisent la dissimulation et le secret.

Suite à une erreur, les médecins se protègent comme ils le peuvent, réagissant souvent avec colère, en accusant le patient ou un autre intervenant, cherchant des excuses en atténuant les situations, tandis que sur le long terme, certains sont profondément blessés et se réfugient dans l'alcool ou les drogues avec un risque suicidaire important (80). D'autres types de réactions sont aussi évoqués, souvent en lien avec une détresse émotionnelle significative: la fuite (refoulement et oubli), la distanciation (cela peut arriver à tout le monde, j'ai fait de mon mieux...), l'exercice d'une médecine « défensive », ou au contraire, activisme destiné à reconquérir l'estime de soi (41,66). Dans ce dernier cas, le médecin cherche à aller de l'avant et cela peut aboutir à un besoin de formation. Les démarches formatives personnelles s'effectuent après une remise en cause des compétences individuelles (mise en évidence d'un défaut de compétences, dispersion des activités, défaut d'écoute active, etc.) et professionnelles (groupes de pairs, vérification de connaissances, etc.) (56). Une palette de réactions ou sentiments négatifs émerge chez le médecin après un évènement indésirable : surprise et incompréhension, panique, sentiment d'avoir subi un choc, tristesse, affection, douleur partagée vis-à-vis des conséquences pour le patient, regrets/remords, sanction personnelle, culpabilité, sentiment d'échec, de honte, de fierté blessée, de dévalorisation, d'humiliation, de remise en cause de leur image de médecin, perte de confiance en soi, anxiété, stress, peur pour le patient et pour d'éventuelles conséquences sur sa pratique, remords, sentiment de devoir rattraper ses erreurs (52,81,82). Ces résultats de la littérature sont concordants avec ceux de notre étude.

Suite à un évènement indésirable, les médecins affirment souvent tirer des leçons ; notion qui est retrouvée dans notre travail avec le fait qu'ils ne prennent plus en charge leurs proches ou

adressent plus facilement à un confrère (72). Des modifications de pratique sont entreprises, comme cela peut être cité dans la littérature avec une vigilance accrue, une meilleure écoute des plaintes du patient, un examen clinique plus rigoureux avec notion de renforcement des procédures obsessionnelles (34). En dehors des erreurs de gravité importante, le côté éphémère de ces modifications de pratique est souvent souligné (81). Dans notre travail, nous n'avons pas retrouvé de réelles modifications dans les démarches diagnostiques (multiplication des demandes d'examens complémentaires) ni de démarche formative sur le plan du renforcement des connaissances théoriques personnelles.

L'impact d'un évènement indésirable chez les médecins de notre étude ayant pris en charge un de leurs proches est lourd, notamment sur le plan psycho émotionnel et les mécanismes de défense retrouvés sont peu différents de ceux cités habituellement (83). Ces mécanismes de défense sont utilisés pour prévenir le burnout (34,81). En effet, avec les pressions parfois contradictoires auxquelles ils sont soumis, la complexité et l'intensité de leur travail, la métabolisation des erreurs par les médecins sont aussi très probablement des éléments clés du fameux « syndrome d'épuisement » qui menace nombre d'entre eux (66).

Après un évènement indésirable, des répercussions relationnelles apparaissent avec une modification des relations soit passagère, soit pouvant s'inscrire sur le long terme. Cet impact relationnel modifie la relation avec ce patient, avec les patients en général, avec la famille du patient ou avec ses confrères (56). Dans notre travail, la modification de la relation avec le « proche patient » s'inscrit surtout sur des sentiments négatifs à l'encontre du proche avec parfois des tensions, mais toujours de courte durée. Les sentiments positifs reprennent facilement le dessus lorsqu'il s'agit d'un proche avec qui l'on partage des moments privilégiés par ailleurs.

L'impact d'ordre médico-légal avec le problème de la juridicisation n'a été évoqué dans notre étude qu'à une seule reprise avec le cas de Lise où finalement, le proche était celui dont le lien de proximité avec le médecin était le plus éloigné. La littérature décrit une appréhension des médecins du risque juridique encouru suite à une erreur médicale. Le procès est parfois considéré comme inévitable au cours d'une carrière. Le contexte actuel avec l'évolution des mentalités plus procédurières est réel et une mise en cause représente une épreuve dramatique pour le médecin (81). Plu et al. ont montré que la simple peur du procès suscite des modifications de pratiques professionnelles des médecins, en particulier sur la tenue du dossier médical et le respect du secret professionnel. Ces mesures ne sont, somme toute, pas des protections absolues face aux tribunaux (84). Le praticien mis en cause est à la fois une personne en souffrance, un professionnel menacé et un soignant perturbé au quotidien. Il doit à la fois se défendre et soigner d'autres patients bien que fragilisé par cette remise en cause. La mise en cause est a priori pénible pour tout le monde mais elle représente pour le médecin une épreuve particulièrement dramatique pour un professionnel formé

et aspirant à agir pour le bien de ses patients (56). Par ailleurs, un sentiment d'injustice peut surgir chez un médecin impliqué, considérant que la prise de risque fait partie de son métier. La sinistralité et la crainte qu'elle inspire sont d'ailleurs des facteurs de risque du burnout.

L'importance du lien entre la réponse à l'erreur et le contexte clinique n'est pas claire, tant les conséquences sur les patients que le degré de responsabilité personnelle perçue, semblent amplifier la détresse émotionnelle (56). L'impact psychologique de l'erreur peut être atténué par les conséquences de l'erreur, les relations avec les patients, la réaction de l'entourage et des confrères. Une plus grande détresse émotionnelle est liée à des dommages plus importants pour les patients avec une forte auto-accusation. Une relation linéaire a été décrite entre la sévérité de l'erreur et l'intensité des résultats émotionnels pour le professionnel. A l'inverse, de bons rapports avec les patients après une erreur a un effet positif, augmentant la probabilité de bons résultats émotionnels et la confiance en soi du praticien (85). C'est une notion que l'on retrouve dans notre travail où les bons rapports entre médecin et « proche patient » ont probablement eu un impact positif avec peu de dégât sur le plan émotionnel.

Pour E. Galam, les médecins sont idéalistes, perfectionnistes et exigent d'eux-mêmes de hauts standards d'excellence ; ce qui rend le vécu de l'erreur encore plus difficile. Il compare la survenue d'une erreur médicale à un accident de travail psychologique pour les médecins (56). Le retentissement psychologique de l'erreur médicale peut être assimilé aux différentes phases de deuil : choc, déni, colère, marchandage, tristesse, résignation, acceptation, reconstruction (81). L'acceptation de l'erreur médicale est confrontée à des barrières cognitives, émotionnelles et culturelles (56). Scott et al. ont montré que l'erreur est vécue comme altérant le cours de la vie et laissant une empreinte permanente sur les individus (les médecins sont souvent capables de fournir des détails précis, même plusieurs années après). Ils décrivent une trajectoire en six stades dans le processus de rétablissement du professionnel de santé impliqué dans une erreur médicale : chaos et réponse à l'accident, réflexions intrusives, restauration de l'intégrité professionnelle, souffrance de l'inquisition, recherche du premier soutien émotionnel, dépassement avec trois possibilités (lâcher le métier, changer de pratique ou de lieu, continuer en gardant une cicatrice ou bien s'enrichir et en tirer des enseignements) (86).

4) *Conduite à tenir face aux proches*

Dans notre étude, trois types de réponses sont apparues lorsqu'on interrogeait les médecins pour savoir si au final il fallait prendre en charge ses proches ou non : 4 médecins sur 12 ont répondu que « oui », un seul a répondu « non » et 7 sur 12 ont répondu « oui et non ». Dans le travail de B. Joffre Berthomme, 105 médecins sur 186 sont favorables à la prise en charge de leurs proches, 65 s'y opposent et 15 ont répondu « oui et non » (23). Les quatre médecins de notre étude étant favorables à donner des soins à leurs proches sont des praticiens ayant plus de cinq ans d'expérience dont deux plus de vingt ans. L'étude de S. Lassere-Cornec retrouve également que les médecins les plus âgés sont ceux qui soignent le plus leurs proches (22). Le travail de thèse de J. Peltz-Aïm ne retrouve pas cette donnée puisque les dix-sept médecins refusant la prise en charge s'étend jusqu'à soixante ans (10). Dans notre étude, les jeunes médecins venant de s'installer ont répondu rapidement « non » mais apportent tout de même des nuances par la suite. La nouvelle génération semble plus réticente à soigner ses proches et sensible aux problématiques posées du fait de l'évolution des pratiques, mais aussi de la formation reçue et des efforts de sensibilisation à l'éthique du corps enseignant (4). Cela signifierait que les médecins plus âgés accepteraient avec moins de réticence de prendre en charge leurs proches de par leur expérience et qu'au moment de leurs études, l'enseignement était moins axé sur la sécurité des soins, la notion d'évènements indésirables faisait moins partie intégrante de la pratique des soins ambulatoires. Cependant, une étude ancienne a montré que, fort de son expérience et de l'argument de fréquence, le généraliste senior trouve très vite le diagnostic de son patient et n'en évoque que quelques autres. Le généraliste senior a plus de chance de passer à côté d'une affection rare (56,87). Dans la littérature, le sexe du médecin ne semble pas influencer la décision de soigner ses proches même si les femmes semblent moins satisfaites de leur prise en charge, pensant davantage que celle-ci est modifiée par rapport à un autre patient classique (68,69). Concernant les situations exposées dans notre étude, parmi les quatre praticiens acceptant de répondre à une demande de soins pour un proche, trois étaient des hommes. Le lieu d'installation n'impacte pas la décision de prise en charge bien que Reagan et al. montrent que les hommes âgés exerçant en milieu rural prennent plus en charge leurs proches que les femmes plus jeunes en milieu urbain (61,69). Notre analyse ne permet pas de se prononcer sur ce sujet puisque la majorité des médecins interrogés exerce en milieu semi rural.

La plupart des praticiens pensent qu'il est possible de répondre à une demande de soin d'un proche quand ce n'est pas grave, quand il s'agit de bobologie. Cette donnée est retrouvée dans la littérature où les médecins affirment faire un suivi médical des membres de leur famille essentiellement pour des pathologies bénignes, aiguës (10,21,67,68). Selon le dictionnaire Larousse,

la bobologie est un terme familier et péjoratif désignant l'ensemble des maux bénins qui occasionnent des interventions ou des consultations médicales souvent abusives, aux urgences, notamment (88). Mais la bobologie existe-t-elle vraiment ? L'art de la médecine repose dans la capacité du médecin à raisonner de façon satisfaisante pour éliminer des pathologies plus graves se manifestant par des symptômes bénins dont la prise en charge est courante en médecine générale. C'est ce que l'on retrouve dans la situation de Caroline qui pensait traiter un cas simple de gastroentérite chez son mari alors qu'il s'agissait d'une appendicite. La bénignité d'une pathologie n'engendrant pas la mise en jeu du pronostic vital, les médecins acceptent de prendre en charge leurs proches alors qu'ils ne le feraient pas pour une pathologie « grave ». Ce type de pathologie pour les médecins n'entraîne pas d'anamnèse poussée ni d'examen clinique complet et cela ôte donc tous les freins et les difficultés évoqués dans cette relation de proximité (10). Cependant, sans avoir interrogé ni examiné un malade, il est impossible de savoir si le cas est complexe ou estimé comme simple et donc le médecin, en préjugant de la bénignité peut s'orienter vers un diagnostic ou une prise en charge erroné(e).

Le médecin N°48 du travail de B. Joffre Berthomme estime que : « L'affectif n'empêche pas de faire un diagnostic précis ». Certains médecins pensent avoir la capacité de garder une : « attitude professionnelle, oui, pour toute pathologie infectieuse courante. Non, si ce sont des problèmes d'implication plus ou moins psychologique ou des pathologies avec des éléments douloureux importants » (médecin N°8 de B. Joffre Berthomme (23)). Là encore, la notion de bénignité intervient et semble la cause sine qua non de sécurité pour l'acceptation d'une prise en charge. Dans notre étude, la majorité des médecins pense que l'affectif est un frein à un jugement médical objectif.

Une des raisons rendant les médecins favorables à ce type de prise en charge est la facilité et la possibilité d'un suivi régulier, « plus que pour un patient ordinaire que l'on n'a pas sous la main » (médecin N°87 B. Joffre Berthomme). Dans son travail, P. Dagnicourt montre que la qualité des soins peut même être meilleure en particulier pour le suivi et la réévaluation du patient (4).

L'objectivité requise est une des conditions décrites comme nécessaires pour la qualité des soins même si : « garder le recul nécessaire n'est pas facile mais parfois on n'a pas le choix, cela rend service d'être médecin : le week-end, le soir... » (médecin N° 37 B. Joffre Berthomme).

L'attitude consistant à passer la main, à orienter vers un confrère, avec un degré de prise en charge variant selon les médecins, semble unanime à la fois dans notre échantillon et dans la littérature : « si un de mes enfants était vraiment malade, je l'enverrais voir un confrère spécialiste

comme je conseille à mon père de voir un cardiologue » (médecin N° 374 B. Joffre Berthomme). Les médecins évoquent les avantages de cette prise en charge singulière, notamment quant à la confiance que les proches ont en eux. Ils reconnaissent tout de même ne pas exercer seul et faire appel à des confrères si nécessaire. C'est justement en raison de leur capacité à connaître leurs propres limites et de les accepter, que les praticiens parviennent à assurer une prise en charge médicale correcte de leurs proches. Cette activité dépend de la sensibilité de chacun et de son aptitude à gérer ses émotions (10). Cependant, des événements indésirables peuvent se produire même avec des patients non apparentés. Des résultats négatifs seraient-ils évités si c'était un médecin indépendant qui prodiguait les soins ? Très certainement pas (89). Mais les médecins souhaitent donner les meilleures chances à leurs proches.

Les médecins acceptant de « le faire sans le faire » effectuent facilement une autocritique de leur prise en charge (examen clinique succinct, simple interrogatoire). Cette attitude met en jeu aussi bien la santé du « proche patient » que la responsabilité juridique du médecin. Ce qui pousse à ne pas soigner repose à la fois sur la volonté d'une prise en charge optimale pour ceux qui nous sont proches et probablement aussi sur l'aspect médico-légal en lien avec les erreurs médicales. L'image paternaliste du médecin qui est aussi un proche ne peut être souillée. Mais comment dire non à ses proches ? Bien que la plupart des médecins disent ne pas vouloir prodiguer des soins à leurs proches, beaucoup se retrouvent tout de même impliqués dans cette prise en charge. Ils ne souhaitent pas faire de peine à leurs proches ; un refus est toujours difficile à comprendre au premier abord, surtout venant de quelqu'un qui nous est proche. Cette situation est vécue comme un rejet alors que pour les médecins c'est une forme de bienveillance.

Beaucoup des médecins interrogés étaient curieux de savoir comment faisaient leurs confrères, quelles visions et approches ils avaient du soin de leurs proches. Cela exprime un besoin de parole, la nécessité d'échanger entre praticiens autour de ce sujet qui est peu abordé. La notion de retour d'expérience est un point important. Cottureau et al. ont fait remarquer que les expériences et le vécu du médecin influençaient fortement sa décision de soigner ou non ses proches, selon que les prises en charge ou refus antérieurs s'étaient bien ou mal passés (69).

Il serait alors tentant de recommander le refus systématique face à une demande de soins venant d'un proche, mais les choses ne sont pas si simples. Refuser systématiquement pourrait par réaction extrême, conduire les proches à ne plus informer le « médecin proche » de leurs problèmes médicaux, isolant le praticien du reste de la famille, tenu à l'écart de la santé de ses proches (28). Par ailleurs, le système de santé n'étant pas irréprochable, le médecin est parfois forcé de s'impliquer en

cas d'évènements indésirables ou de carence d'humanité dans la prise en charge de son proche. Une position stricte et unique n'est pas possible en raison de nombreux facteurs entrant en jeu et du fait que chaque médecin, chaque situation revêt un caractère d'unicité.

5) *Compétences non techniques et gut feeling*

Comme l'évoque V. Vallerend dans son travail de thèse, ce qui est potentiellement dangereux dans l'attitude thérapeutique avec ses proches, c'est l'annihilation de la distance empathique en faveur d'une relation émotionnelle profonde pouvant altérer le jugement (90). Une empathie trop grande peut occulter la réserve du praticien concernant une conduite avec laquelle il est en désaccord (78). Dans ces situations, la gestion de l'affect positif pour un patient est en jeu. Il s'agit là de prendre conscience des processus inconscients qui entravent les prises de décisions adaptées (91).

Il existe des savoirs liés à l'expérience qui sont au moins aussi importants que la connaissance des livres et de l'expérimentation (92). Ce sont fréquemment les compétences non techniques qui sont mises en cause dans la survenue d'un événement indésirable lorsqu'un médecin prend en charge un de ses proches. La capacité à faire confiance à son jugement est mise à mal par l'affect. L'erreur peut être due certes, et finalement assez rarement, à un manque de savoir ou à une mauvaise utilisation de celui-ci, mais aussi souvent à des questions relevant de la gestion de ce savoir, c'est-à-dire finalement, la clinique, ou la relation avec le patient (56). La recherche sur les émotions et les données neuroscientifiques corroborent le rôle indiscutable de l'affect dans les procédés de prise de décisions (93). Les émotions peuvent être déclenchées par l'interprétation inconsciente de l'information venant de l'environnement et sont souvent accompagnées de sensations corporelles, fournissant des informations qui motivent et orientent la poursuite de la réflexion ou l'action : « la danse de l'affect et de la raison » (94).

Les médecins généralistes sont souvent contraints de prendre des décisions rapidement dans des situations d'incertitude. Ils se retrouvent fréquemment confrontés à des situations complexes : plaintes exprimées par les patients mal définies, symptômes vagues et diagnostics incertains (93). C'est dans ce type de situations que les praticiens prenant en charge leurs proches sont souvent impliqués. La décision médicale est fondée sur des éléments objectifs et subjectifs.

L'intuition appartient aux éléments subjectifs, mais personne ne connaît sa place, son ampleur et sa pertinence dans les processus de la décision médicale. Le terme un peu cru de « gut feeling » (sensation tripale) a été retenu pour étudier la place de l'intuition en médecine. C'est aux Pays-Bas pour la première fois qu'un consensus a été obtenu sur ce terme (94).

La plupart des médecins reconnaissent un sentiment d'alarme qui peut apparaître soudainement au cours d'une consultation. Cette sensation d'alarme est définie comme un malaise

perçu par les médecins. Ils s'inquiètent d'une issue possiblement défavorable pour le patient alors qu'ils n'avaient pas d'éléments objectifs pour cela : « il y a quelque chose qui cloche sans que je ne puisse le définir précisément ». La non-concordance entre les plaintes du patient et les observations du médecin poussent le praticien à mettre en œuvre une procédure diagnostique ou relationnelle et une prise en charge particulières jusqu'à ce qu'il ait compris le tableau présenté afin de prévenir la survenue de problèmes de santé graves chez le patient. Le sens de l'alerte incite les médecins à remettre en question leurs raisonnements habituels pour faire un diagnostic ou décider d'une conduite à tenir ; ils doivent revenir à des raisonnements plus hypothético – déductifs.

Parallèlement à ce sentiment d'alarme, l'intuition peut s'inscrire dans une sensation de réassurance qui est définie comme une impression de sécurité perçue par le médecin sur la prise en charge et l'évolution ultérieure du problème présenté par le patient alors qu'il n'est pas forcément certain du diagnostic : « tout colle ». Même en l'absence d'éléments objectifs, le médecin se sent sûr de proposer une prise en charge adaptée. Cette réassurance confère au médecin généraliste une certaine sérénité alors qu'il manque de données objectives (93–95). Cette sensation est provisoire et doit être révisée au moindre doute.

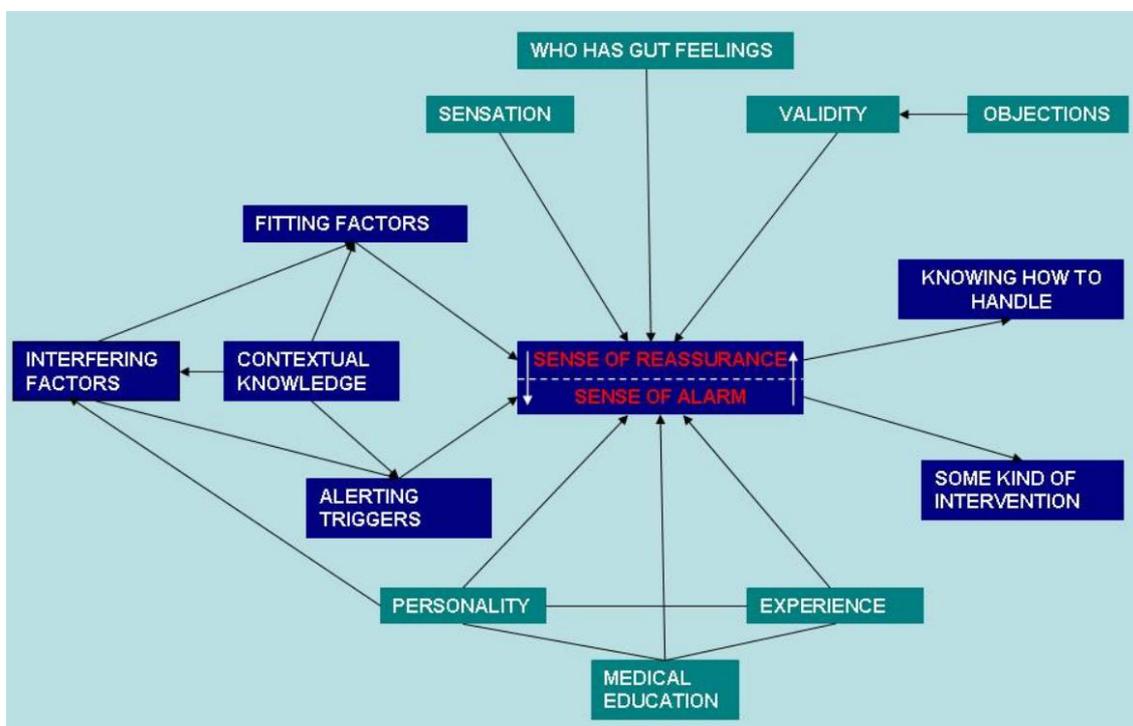


Figure 7 : déterminants du gut feeling en médecine générale (96)

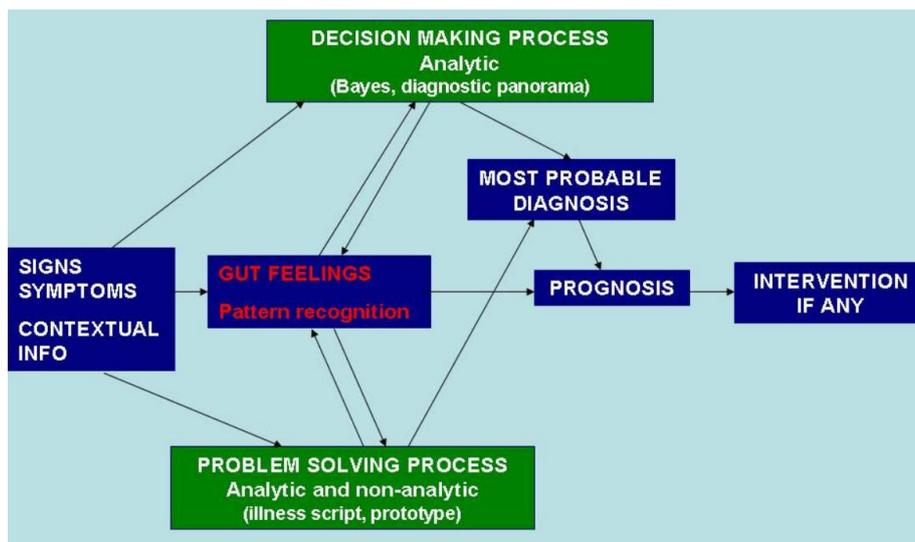


Figure 8 : voies de raisonnement diagnostique des médecins généralistes (96)

Les médecins généralistes comparent le gut feeling à une boussole et la majorité d'entre eux lui fait confiance (93). Il naît de l'interaction entre les renseignements apportés par le malade, l'expérience et les connaissances du médecin. Il découle d'un traitement non analytique de l'information disponible et de la connaissance du médecin, soit en le rassurant, soit en alertant sur quelque chose qui ne va pas et qu'une décision doit être prise (96). Le gut feeling peut stimuler le processus de raisonnement diagnostique mais il peut également le contourner en entraînant une réponse rapide ; l'intuition agissant alors comme un prisme de vue, risquant d'orienter le praticien dans une mauvaise direction (92).

L'expérience du médecin semblerait faciliter l'utilisation du gut feeling. L'intuition peut être considérée comme un processus cognitif spécifique à chacun mais à des niveaux divers (de novice à expert). La connaissance contextuelle du patient en serait un élément déterminant. On pourrait alors se dire que la relation de proximité existant entre un médecin généraliste et un « proche patient » serait un élément favorable à cette intuition. Cependant, dans les situations exposées par les médecins interviewés, on a l'impression que le praticien se retrouve dans une situation où le sens de l'alarme est peu présent et qu'au contraire, la sensation de réassurance est fréquemment et rapidement perçue. L'affect avec le manque d'objectivité qu'il engendre et la volonté de ne pas voir son proche malade font que le médecin n'est pas inquiet même s'il n'a pas tous les critères requis. Le déni de la réalité, mécanisme de défense du moi qui consiste à nier une perception traumatisante de la réalité extérieure, refuse que la sensation ne parvienne à l'inconscient. Cette réalité extérieure qui est rejetée, est un mécanisme de défense pour le praticien. Le médecin peut aussi, inconsciemment, enfouir son sens de l'alerte par crainte d'en faire trop parce qu'il s'agit d'un proche. Les expériences éprouvées par le sujet produisent une réponse de la part du système émotionnel. Un affect agréable

induera un jugement de risque faible et un jugement de bénéfice potentiel élevé. Un affect désagréable quant à lui, produira l'effet inverse (92).

L'affect perturberait donc à la fois l'intuitif et le rationnel chez le médecin donnant des soins à ses proches et pourtant, comme le dit Stolper, dans la décision médicale, les praticiens doivent trouver un équilibre entre un raisonnement analytique et une sorte de bilan intuitif. La combinaison fructueuse de raison et d'affect conduit à un jugement sain et équilibré (96).

Comme le souligne Michael Balint, le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même. Bien plus large que l'aspect non pharmacologique de la prescription, plus communément appelé « effet placebo », ce « remède médecin » est universel tant le soin ne se conçoit pas indépendamment des hommes qu'il incarne, comme de ceux qui en bénéficient. Il a introduit le terme un peu barbare et important de « fonction apostolique du médecin » qu'il définit ainsi : « tout se passe comme si le médecin avait une idée vague mais quasi inébranlable de la façon dont on doit se comporter quand on est malade et s'efforçait de convertir ses patients à sa foi ». (97). Convertir un proche à sa foi semble toutefois plus difficile qu'avec un patient classique. Dans la relation médecin-« proche patient », cet effet placebo n'est que peu présent de par l'absence de consultation au cabinet et la confusion des rôles. Le premier effet placebo de la salle d'attente n'est pas retrouvé. La part de magie et le statut de toute puissance qui font de nous un médecin, ne va pas intervenir de la même façon avec un proche pour qui nous sommes avant tout un parent ou ami. La conviction et la position du médecin dans la thérapeutique ne pourra avoir le même impact.

Par ailleurs, la solidité du modèle basé sur la standardisation (Evidence Based Medicine) ne serait-elle pas trop faible pour expliquer la part que l'émotionnel prend dans la décision médicale ? Pour ceux de ma génération dit E. Galam, qui ont appliqué strictement les recommandations médicales, il y a là plus qu'un simple malaise puisque cela veut dire que, compliant au savoir médical de l'époque, nous mettions nos enfants en danger (56).

6) *Cadre et procédure*

Le soin commence dans la poignée de main entre le médecin et le patient et toute démarche de soins doit s'inscrire dans un cadre à la fois physique et psychique. Réfléchir avant à cette problématique semble permettre aux médecins de se fixer leur propre conduite et de mieux vivre leurs décisions par la suite. Il faut clarifier les attentes en tant que proche et en tant que médecin afin de mieux comprendre les influences qui entrent en jeu. La complexité des situations et la diversité des positionnements rendent l'établissement de recommandations strictes impossible. Cependant, plusieurs auteurs ont proposé de fixer des règles claires pour s'assurer de soigner ses proches dans des conditions habituelles d'exercice et pour décider si une prise en charge est acceptable (2,3,4,20,26,98). La réponse ne sera pas la même en fonction des situations. Quand le type de demande ne correspond pas à ce que ferait normalement le médecin traitant ou si la part émotionnelle est trop forte, il vaut mieux ne pas s'impliquer. Dans ces circonstances, adresser à un confrère et jouer le rôle du conseiller bienveillant ou d'accompagnant est préférable pour les deux protagonistes (28). Cependant, dans certains cas, le praticien est amené à accepter la demande et il lui faut se fixer des règles pour une prise en charge adaptée afin d'éviter de dégrader une relation affective préexistante. Expliquer à ses proches sa position en tant que médecin, les conséquences et difficultés éventuelles, cadrer la consultation comme avec n'importe quel autre patient semblent essentiels. Les médecins sont fréquemment sollicités pour des avis médicaux dans des situations sociales où ils ont rarement assez d'informations pour donner un conseil spécifique avisé (15).

En quoi, venir consulter au cabinet changerait la relation de soins ? Tout d'abord parce que cela permet au médecin d'avoir une posture de docteur ; à la maison il a tout d'abord le rôle d'un proche. C'est ce qu'expriment certains médecins dans l'étude de B. Joffre Berthomme : « médecin et père sont deux "professions" totalement différentes et surtout ne pas mélanger !! » (médecin N°33), « on ne mélange pas tout ! La fonction paternelle et la fonction de soignant n'ont rien à voir, à moins que l'on se prenne pour « Dieu le Père », et que fera le médecin qui laissera passer un diagnostic pour un de ses enfants si l'évolution est fatale ? Pourra-t-il continuer à soigner ? » (médecin N° 66) (23). Au cabinet, chaque protagoniste est bien ancré dans son rôle, il n'y a pas de confusion des genres : confidentialité, empathie, cadre, dissociation des rôles. Le contexte matériel du cadre de soins fait partie intégrante de la prise en charge. La mise en place d'une consultation cadrée permet de sortir de la relation médecin-« proche patient » de son contexte habituel et de rendre la relation plus professionnelle afin que le raisonnement médical ne soit pas perturbé (10). Le médecin et le « proche patient » se retrouvent dans un conditionnement psychologique et physique. Le fait même de prendre un rendez-vous de consultation fait qu'on entreprend déjà une démarche de soins. Le

cadre procédural est décrit comme étant crucial, comme l'exprime le médecin N°189 du travail de B. Joffre Berthomme (23) : « A condition de se mettre dans les conditions normales d'exercice, c'est-à-dire, avis au cabinet, examen classique, prescription et non des échantillons pour le traitement ». Certains médecins disent même percevoir des honoraires pour permettre une certaine distance avec le proche : « quand je m'occupe de toi, je suis ton médecin, je ne suis pas ton proche » (10). L'intrusion d'une pensée qui laisse envisager que l'on sort du cadre, doit être pour le praticien un facteur d'alarme.

Même si c'est une démarche non souhaitable, il n'existe pas de recommandations établies claires et strictes, et cela peut se faire si chacun accepte de rester dans sa posture. Les informations des deux parties doivent être exhaustives, les décisions doivent se faire en concertation dans un cadre adéquat.

Même conscients du danger, parfois, les médecins sont soumis à de multiples influences non maîtrisables et refuser n'est pas chose facile. Par choix délibéré ou sous la contrainte, si le médecin s'engage dans des soins, cela nécessite de fixer des règles et une remise en question permanente. Il semble intéressant que les étudiants soient invités au cours de leur cursus à développer cette capacité de réflexion à propos de ce sujet pour être sensibilisés à la problématique et éviter de se retrouver dans une situation aux conséquences potentiellement lourdes à la fois sur le plan professionnel et émotionnel (4). Le médecin N° 35 interrogé par B. Joffre Berthomme partage une de ses anecdotes : « maman, emmène-nous voir un vrai docteur ! »

Pour s'impliquer dans le changement, il faut au minimum avoir la perception des limites de la conduite antérieure ; au maximum avoir la conscience et la conviction qu'un changement est nécessaire dans l'intérêt des patients et qu'il passera par soi et pour les autres (91).

C. Propositions et ouverture

Nous avons mis en évidence des facteurs de risque supplémentaires (rôle de l'affectif, lieu et conditions inadaptées notamment) mais nous n'avons pas démontré que cela impliquait une augmentation du risque d'évènements indésirables. Le fait que le patient soit un proche, augmente-t'il le risque d'évènements indésirables ? Pour évaluer cette donnée, nous pourrions réaliser une étude quantitative prospective sur un échantillon de médecins généralistes prenant en charge leurs proches sur une période donnée, relever tous les évènements indésirables à la fois chez les patients classiques et chez les « proches patients » et vérifier ainsi l'existence d'une relation.

Cette étude a analysé les facteurs contributifs d'évènements indésirables du point de vue des médecins. Il pourrait être intéressant de demander l'avis des proches de médecins généralistes à travers une étude qualitative : auraient-ils plus d'exemples car considérés comme la première victime, auraient-ils des exemples plus graves occultés par le médecin généraliste lors des entretiens ? Quelle en serait leur représentation ? La convergence des deux points de vue permettrait probablement de mettre en évidence d'autres facteurs de risque d'évènements indésirables quand un médecin généraliste prodigue des soins à ses proches.

VI. CONCLUSION

« L'erreur est humaine et sa gestion aussi » disait Eric Galam. En moyenne, tous les deux jours, un médecin généraliste est confronté dans son exercice à un évènement indésirable et dans trois quarts des cas, aucune conséquence clinique n'est notée, d'après la récente étude ESPRIT. Celle-ci a démontré que le plus fréquemment, il s'agissait d'un défaut de mobilisation de connaissances, de compétences ou de communication. Mais qu'en est-il lorsque cet évènement indésirable se produit au cours de soins prodigués à un proche ?

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de douze médecins généralistes afin d'identifier les déterminants contributifs à la survenue d'un évènement indésirable quand un médecin généraliste prend en charge un de ses proches.

À l'issue de ce travail qualitatif, plusieurs facteurs liés à cette relation médecin – « proche patient » incitent à penser que le praticien est dans une posture engendrant des dysfonctionnements. Certains facteurs sont communs lors d'évènements indésirables survenant chez des patients classiques (état physique du médecin altéré, manque de vigilance, raisonnement médical erroné, dysfonctionnement du système de soin hospitalier, etc.). D'autres, sont spécifiques à cette relation singulière au cours des soins donnés à un membre de sa famille, un ami ou toute autre personne de l'entourage. Parmi ces facteurs, la part émotionnelle génère un véritable scotome, avec souvent une minimisation des symptômes, voire un déni (cette envie de ne pas voir l'évidence), en lien avec un manque d'objectivité. L'affect troublerait donc le jugement du praticien. L'émotion perturberait à la fois le rationnel et l'intuitif, ou gut feeling, dans le raisonnement médical avec une sensation d'hypertrophie du sentiment de réassurance et atrophie du sentiment d'alarme. D'autre part, les conditions de prise en charge sont souvent inadaptées par le lieu et le moment de la demande de soins. Les informations ne sont pas exhaustives, l'examen clinique n'est pas réalisé ou alors de façon sommaire et le matériel utilisé n'est pas adéquat.

La survenue de ces évènements indésirables s'établit au sein d'une absence de cadre à la fois physique et psychique. Il existe une confusion des rôles ; aucun des protagonistes ne se retrouve dans « sa » position, le praticien étant d'abord le père ou le fils de ce « proche patient » avant d'en être son médecin.

Ainsi, si l'on accepte de prendre en charge un de ses proches, il est nécessaire de s'interroger pour savoir dans quel cadre procédural et contextuel nous pouvons le faire. La médecine est un art en trois étapes ; interroger, examiner, prescrire, et si l'une vient à manquer, c'est une source potentielle d'évènement indésirable.

Ce travail n'avait pas pour vocation de démontrer l'existence de liens entre les facteurs contributifs et les évènements indésirables mais a permis d'évoquer certaines pistes de réflexion afin de tendre à une qualité de soins optimale pour ceux dont nous souhaitons toujours le meilleur ; nos proches.

Références bibliographiques

1. Peut-on soigner ses proches ? : Docteur Sangsue [Internet]. Disponible sur: <http://unmetiercasappend.hautetfort.com/archive/2008/11/02/peut-on-soigner-ses-proches.html>
2. Eastwood GL. When Relatives and Friends Ask Physicians for Medical Advice: Ethical, Legal, and Practical Considerations. *J Gen Intern Med.* déc 2009;24(12):1333-5.
3. La Puma J, Stocking CB, La Voie D, Darling CA. When physicians treat members of their own families. Practices in a community hospital. *N Engl J Med.* 31 oct 1991;325(18):1290-4.
4. DAGNICOURT P. Soigner ses proches, une attitude à raisonner? Réflexion sur les interférences entre la relation de soin et la relation préexistante par enquête qualitative. [Thèse d'exercice]. [Angers]: Université d'Angers; 2012.
5. Schneck SA. « Doctoring » Doctors and Their Families. *JAMA* Dec 16 1998. 1998;280(23):2039-42.
6. Percival T. Medical Ethics: Or, a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons : to which is Added an Appendix ; Containing a Discourse on Hospital Duties ; Also Notes and Illustrations [Internet]. S. Russell; 1803. 268 p. Disponible sur: <http://books.google.fr/books?id=tVsUAAAAQAAJ>
7. Mailhot M. Caring for our own families. *Can Fam Physician.* 3 janv 2002;48(3):546-7.
8. Madec N, Rat C, Baudhuin D. La prévention au sein de la famille du médecin généraliste: description à partir d'une enquête menée auprès de 100 conjoints. [Thèse d'exercice]. [Nantes]: Université de Nantes; 2010.
9. Chen FM, Feudtner C, Rhodes LA, Green LA. Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook. *West J Med.* oct 2001;175(4):236-9.
10. 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. [Thèse d'exercice]. Paris Diderot; 2012.
11. Code de déontologie. [Internet]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
12. Le serment d'Hippocrate [Internet]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>
13. Collège des Médecins du Québec. Code de déontologie des médecins [Internet]. juill 22, 2010. Disponible sur: http://www.cmq.org/fr/public/profil/commun/AProposOrdre/~media/Files/ReglementsFR/cm_qcocodeontofr.pdf?61404
14. AMA Code of Medical Ethics. Opinion 8.19 - Self-Treatment or Treatment of Immediate Family Members [Internet]. juill, 1993. Disponible sur: <http://www.ama-assn.org//ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion819.page>

15. Latessa R, Ray L. Should you treat yourself, family or friends? *Fam Pract Manag.* mars 2005;12(3):41-4.
16. Code de la santé publique - Article R4127-7. Code de la santé publique. [Internet]. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912868&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=>
17. Article 7 - Non discrimination | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-7-non-discrimination-231>
18. Hubert A. Les proches: le point de vue de l'anthropologue. *Rev Francoph Psycho-Oncol.* 1 déc 2006;5(4):227-9.
19. Altmeyer A, Bauchetet C, Victoire-Feron F, Guillemet C, Rigal O. La place des proches en oncologie, utopie ou réalité ? *Oncologie.* 1 janv 2014;16(1):42-54.
20. Tulsy J. Should doctors treat their relatives? Ethics case study. 1999. Disponible sur: <http://www.acpinternist.org/archives/1999/01/relative.htm>
21. MASSON L. Le médecin généraliste face à la demande de soins de ses proches : quelle est la demande ? Comment le médecin y répond-il ? Quels problèmes cela lui pose-t-il ? L'expérience de 47 généralistes installés en ville nouvelle. [Thèse d'exercice]. Paris 5 René Descartes; 1996.
22. Cornec-Lasserre S. Soigner ses proches en tant que médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2005.
23. Joffre Berthomme B. Quels médecins pour les enfants de médecins généralistes ? : à propos d'une enquête réalisée auprès de 186 médecins généralistes libéraux du Rhône [Thèse d'exercice : Médecine Lyon 1]. [Lyon]; 2001.
24. Aboff BM, Collier VU, Farber NJ, Ehrenthal DB. REsidents' prescription writing for nonpatients. *JAMA.* 17 juill 2002;288(3):381-5.
25. Krall EJ. Doctors who doctor self, family, and colleagues. *WMJ Off Publ State Med Soc Wis.* sept 2008;107(6):279-84.
26. Marin Marin L. 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 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2013.
27. Syndicat de la médecine générale, éditeur. *Pratiques (Malakoff)*, ISSN 1161-3726. Les émotions dans le soin. Montpellier, France: Indigène éditions; 2002.
28. Beguin M. Synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin à une demande de soins venant d'un de ses proches [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2013.
29. Nik-Sherina H, N. G. C-J. Doctors treating family members: A qualitative study among primary care practitioners in a teaching hospital in Malaysia. *Asia Pac Fam Med.* 2006;5:7.

30. Bonvalot V. Médecin traitant de sa propre famille: différences de pratique dans la relation thérapeutique intrafamiliale [Thèse d'exercice]. [1969-2011, France]: Université d'Aix-Marseille II; 2009.
31. La Puma J, Priest E. Is there a doctor in the house?: An analysis of the practice of physicians' treating their own families. JAMA. 1 avr 1992;267(13):1810-2.
32. Beaulieu MD, Leclere H, Bordage G. Taxonomy of difficulties in general practice. Can Fam Physician. juin 1993;39:1369-75.
33. Adouani ML. L' erreur médicale en médecine générale: identification des résistances des médecins généralistes à déclarer leurs erreurs [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2010.
34. Chaneliere M. Impact des évènements indésirables sur la pratique des médecins généralistes: étude qualitative auprès de 15 praticiens de la région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2005.
35. Rédaction Prescrire. Pistes pour éviter l'évitable ; gérer le risque d'erreur. Prescrire. déc 2005;267(25):supl:934-7.
36. Ministère de la Santé et des Services Sociaux Québécois. Les accidents évitables dans la prestation de soins de santé. Rapport du Comité Ministériel du Québec. févr, 2001. [Internet] Disponible sur: <http://www.pharmactuel.com/sommaires/200111/200111no.pdf>
37. Dovey SM, Meyers DS, Phillips RL, Green LA, Fryer GE, Galliher JM, et al. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. Qual Saf Health Care. 9 janv 2002;11(3):233-8.
38. La Revue Prescrire. Erreurs en médecin ambulatoire: une recherche balbutiante. Rev Prescrire. août 2003;23(241):543544.
39. Association d'Aide aux Victimes de France. Définition Aléa Thérapeutique [Internet]. Disponible sur: <http://www.association-aide-victimes.fr/definition-alea-therapeutique.htm>
40. Latil F. Place de l'erreur médicale dans le système de soins. Acta Endosc. 1 août 2007;37(4):509-20.
41. Klotz P. L'Erreur médicale: mécanismes et prévention. Paris: Maloine; 1994. 147 p.
42. Haute Autorité de Santé - Revue de mortalité et de morbidité (RMM) [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm
43. Amalberti R, Bons-Letouzey C, Sicot C. La gestion des risques en médecine générale Partie 2 : Trois ans de sinistralité en médecine générale: le rôle clé des « compétences non techniques » et des « tempos » dans le contrôle du risque [Internet]. Disponible sur: <http://www.youscribe.com/catalogue/tous/education/cours/la-gestion-des-risques-en-medecine-generale-partie-2-trois-ans-383511>
44. R. Flin LM. Development of the NOTECHS (non-technical skills) system for assessing pilots' CRM skills. Hum Factors Aerosp Saf. 2003;3(2003):97-119.
45. Amalberti R, Brami J. 'Tempos' management in primary care: a key factor for classifying adverse events, and improving quality and safety. BMJ Qual Saf. 2 sept 2011;qhc.2010.048710.

46. Bruchet C, Hidalgo-Sai A, Bami J, Amalberti R. Evènements indésirables graves en médecine générale: comparaison de méthodes d'analyse: Tempos et Makeham. *Risques Qual En Milieu Soins*. juin 2014;11(2):27-33.
47. Bhasale A. The wrong diagnosis: identifying causes of potentially adverse events in general practice using incident monitoring. *Fam Pract*. août 1998;15(4):308-18.
48. Ely JW, Levinson W, Elder NC, Mainous AG 3rd, Vinson DC. Perceived causes of family physicians' errors. *J Fam Pract*. avr 1995;40(4):337-44.
49. Bhasale AL, Miller GC, Reid SE, Britt HC. Analysing potential harm in Australian general practice: an incident-monitoring study. *Med J Aust*. 20 juill 1998;169(2):73-6.
50. Miyasaka EA, Kiyota A, Fetters MD. Japanese Primary Care Physicians' Errors and Perceived Causes : A comparison with the United States. *JMAJ*. 2006;49(9-10):286-95.
51. Jacobs S, O'Beirne M, Derfiingher LP, Vlach L, Rosser W, Drummond N. Errors and adverse events in family medicine. *Can Fam Physician*. févr 2007;53(2):270-6.
52. Savage C. Vécu des médecins généralistes face aux retards ou erreurs de diagnostic [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
53. Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine. EVISA - Les évènements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers: fréquence et analyse approfondie des causes - Rapport final [Internet]. Ministère des affaires sociales et de la santé; 2009. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_EVISAFinal_17aout09.pdf
54. Ministère des affaires sociales et de la santé, CCECQA, éditeurs. ESPRIT. Etude nationale en soins primaires sur les événements indésirables: Rapport final - Décembre 2013 [Internet]. 2013. 149 p. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/etude-esprit-les-points-clefs.html>
55. Chanelière M, Oriol J-M, Senez B, Kerié-Gascou M, Fanjat H, Blanc M-D, et al. CADYA : un outil pour analyser des incidents en soins primaires. *Risques Qual En Milieu Soins*. juin 2014;11(2):34-40.
56. Galam E. L'erreur médicale, le burnout et le soignant. De la seconde victime au premier acteur. Springer. 2012. 327 p.
57. Johnson C. Les périls du perfectionnisme ou comment devenir son propre ennemi. *Médecin Qué.* sept 2009;44(9):37-41.
58. Myers MF, Gabbard GO. The Physician as Patient: A Clinical Handbook for Mental Health Professionals. American Psychiatric Pub; 2009. 253 p. Disponible sur: <http://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=ZGBGWnIAC2IC&oi=fnd&pg=PR5&dq=the+physician+as+patient:+a+clinical+handbook&ots=UqLZ0WkUEB&sig=L01LMi-mA8paxaMz4d9Cnt9MSAI#v=onepage&q=the%20physician%20as%20patient%3A%20a%20clinical%20handbook&f=false>
59. Rogers C. Le développement de la personne. Édition : Nouvelle présentation. Paris: Dunod; 2005. 270 p.
60. Exercer_84:Exercer_84 - introduction RQ Exercer.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://dmg.medecine.univ->

paris7.fr/documents/Cours/Outils%20methodo%20pour%20la%20these/introduction%20RQ%20Exercer.pdf

61. Reagan B, Reagan P, Sinclair A. « Common sense and a thick hide ». Physicians providing care to their own family members. Arch Fam Med. juill 1994;3(7):599-604.
62. Pasquier E. Mémoire de médecine générale: « Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale. » [Internet]. 2004. Disponible sur: http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/memoire_E_PASQUIER.pdf
63. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris: Armand Colin; 2005. 128 p.
64. Théorie ancrée [Internet]. Wikipédia. 2013. Disponible sur: http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Th%C3%A9orie_ancr%C3%A9e&oldid=92590672
65. Jick TD. Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action. Adm Sci Q. déc 1979;24(4):602.
66. Galam E. L'erreur médicale. Rev Prat - Médecin Générale. 13 oct 2003;17(626):1-5.
67. Toumelin S. La prise en charge médicale de la famille du généraliste: conjoint et enfants [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2009.
68. 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 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2005.
69. Cottureau S, Lacomere J-L, d' Angers U. Les médecins généralistes soignent-ils leurs parents ? (Père et Mère) [Thèse d'exercice : Médecine]. [[S.l.]]: Angers; 2011.
70. Dusdieker LB, Murph JR, Murph WE, Dungy CI. Physicians treating their own children. Am J Dis Child 1960. févr 1993;147(2):146-9.
71. Boiko PE, Schuman SH, Rust PF. Physicians treating their own spouses: relationship of physicians to their own family's health care. J Fam Pract. juin 1984;18(6):891-6.
72. Ely JW, Kaldjian LC, D'Alessandro DM. Diagnostic errors in primary care: lessons learned. J Am Board Fam Med JABFM. févr 2012;25(1):87-97.
73. Kerié-Gascou M. Définition et taxonomie des événements indésirables en soins primaires: une synthèse de la littérature de 2000 à 2007 [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2008.
74. Pace WD, Fernald DH, Harris DM, Dickinson LM, Araya-Guerra R, Staton EW, et al. Developing a Taxonomy for Coding Ambulatory Medical Errors: A Report from the ASIPS Collaborative. Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DI, éditeurs. Adv Patient Saf Res Implement Vol 2 Concepts Methodol [Internet]. 2005. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20493/>

75. Ocelli P. Haute Autorité de Santé - Culture de sécurité : du concept à la pratique - décembre 2010 [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1025241/fr/culture-de-securite-du-concept-a-la-pratique-decembre-2010?xtmc=&xtcr=1
76. Nascimento A. Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(8):3591-602.
77. Hamoudi kamel. La gestion du risque d'erreur diagnostique en soins primaires par les médecins généralistes juniors: une étude clinique exploratoire [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2009.
78. Chanelière M, Comte C, Keriél-Gascou M, Siranyan V, Colin C. Mise en place d'une revue de morbi-mortalité en médecine générale : à propos d'une expérimentation conduite en Rhône-Alpes. *Presse Médicale*. oct 2013;42(10):e363-70.
79. Chevreau F-R, Wybo J. Approche pratique de la culture de sécurité. *Rev Fr Gest*. 31 mai 2007;174(5):171-89.
80. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf Jt Comm Resour*. août 2007;33(8):467-76.
81. Teisserenc L. Retentissement psychique de l'expérience de l'erreur médicale chez le médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2013.
82. Venus E. L'erreur médicale: impact et gestion par les internes du département de médecine générale Paris Diderot [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2011.
83. Wu AW. Medical error: the second victim. *BMJ*. 18 mars 2000;320(7237):726-7.
84. Plu I, Dodet P, Bertaut S. Le médecin et la peur du procès. *Rev Prat - Médecin Générale*. 2007;762/763(21):295-9.
85. Engel KG, Rosenthal M, Sutcliffe KM. Residents' responses to medical error: coping, learning, and change. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. janv 2006;81(1):86-93.
86. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider « second victim » after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. oct 2009;18(5):325-30.
87. Elstein AS (Arthur S, Shulman LS, Sprafka SA. Medical problem solving : an analysis of clinical reasoning / Arthur S. Elstein, Lee S. Shulman, Sarah A. Sprafka, with Linda Allal ... [et al.]. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1978.
88. Définitions : Définitions de bobologie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bobologie/186884>
89. Kenneth D, Christman MD. AMA Attacks Physicians Caring for Their Families. *J Am Physicians Surg*. 2011;16(3):85-7.

90. Vallerend V. Quand le médecin généraliste soigne sa famille: enquête en Basse-Normandie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen. UFR de médecine; 2009.
91. Clavel B, Dupont C, Perrotin C, Barbier A, Blaise Kopp F, Gaucher J, et al. L'intervention des sciences humaines en psychologie et en éthique dans les revues de morbi-mortalité en obstétrique. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* juin 2013;42(4):383-92.
92. Andro de Schotten A-C. Eclairage du concept gut feeling par une approche par les sciences cognitives: le gut feeling en prévention de l'erreur [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2011.
93. Chipeaux-Meurisse E. Le « gut feeling » chez les médecins généralistes de terrain du Finistère: définition, modélisation et implications [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2011.
94. Stolper E, Van de Wiel M, Van Royen P, Van Bokhoven M, Van der Weijden T, Dinant GJ. Gut Feelings as a Third Track in General Practitioners' Diagnostic Reasoning. *J Gen Intern Med.* févr 2011;26(2):197-203.
95. Coppens M, Barraine P, Barais M, Nabbe P, Berkhout C, Le Reste J. L'intuition en médecine générale : validation française du consensus néerlandais « gut feelings ». *Exerc Rev Fr Médecine Générale.* 2011;95:16-20.
96. Stolper E, Bokhoven M van, Houben P, Royen PV, Wiel M van de, Weijden T van der, et al. The diagnostic role of gut feelings in general practice A focus group study of the concept and its determinants. *BMC Fam Pract.* 18 févr 2009;10(1):17.
97. Balint M. *Le Médecin, son malade et la maladie.* Édition : 3e. Paris: Payot; 2003. 418 p.
98. Fromme EK, Farber NJ, Babbott SF, Pickett ME, Beasley BW. What do you do when your loved one is ill? The line between physician and family member. *Ann Intern Med.* 2 déc 2008;149(11):825-31.

ANNEXE A : courrier de recrutement

Objet : entretien thèse : **soins à notre entourage**

Bonjour,

Je suis Vanessa DELMAS, médecin généraliste remplaçant.

Je m'intéresse aux soins que l'on délivre à notre entourage, dans le cadre de ma thèse dirigée par le Dr Marc CHANELIERE.

Pour ce faire, je sollicite votre participation pour un bref entretien.

Il sera anonymisé et je me déplacerai sur le lieu de votre choix pour le réaliser.

En vous remerciant par avance, j'attends votre réponse pour fixer les modalités de notre rencontre.

Confraternellement,

Vanessa DELMAS

vanessa@delnet.fr

06 70 34 49 95

ANNEXE B : canevas d'entretien

I. PRESENTATION

Vous allez participer à un entretien au sujet de la prise en charge médicale de vos proches.

Je suis médecin remplaçante et cette discussion fait partie de mon travail de thèse.

En ce qui vous concerne, cela fait combien de temps que vous êtes installé(e) ? Avez-vous eu des formations complémentaires ?

Avant tout, je souhaiterais avoir votre accord pour l'enregistrement de la discussion sur mon dictaphone et téléphone. L'entretien sera bien évidemment anonymisé lors de la retranscription sur informatique. Pour ce faire d'ailleurs, je vous demanderai de choisir un prénom par lequel vous serez nommé au sein de mon travail. « **Etes-vous d'accord ?** »

II. REPRESENTATION DU PROCHE / SENS DU MOT PROCHE

Quelle est votre expérience personnelle concernant la prise en charge de vos proches ?

Qui ? Pourquoi ? Fréquence ? Ressenti lors de ces soins ?

Qui acceptez-vous de soigner ? (famille / ami / autre)

A l'inverse qui refusez-vous de prendre en charge ?

Pourquoi ?

Pour combien de personnes de votre entourage êtes-vous déclaré comme médecin traitant ?

En général, cela se passe t'il bien ?

III. SITUATION CONCRETE D'ERREUR / EVENEMENTS INDESIRABLES

Si la notion d'évènements indésirables n'est pas spontanément abordée, utiliser :

Y a-t-il des fois où cela a moins bien marché ? (insatisfaction)

Et si on se trompe ? Si cela ne marche pas comme on l'aurait souhaité ?

Pouvez-vous me raconter un exemple de sentiment d'erreur, d'évènements inattendus ? Un cas qui ne se serait pas passé comme prévu lorsque vous avez pris en charge un proche ?

Si besoin : je tiens simplement à vous que ce n'est pas l'erreur en tant que telle qui est importante mais plutôt ses déterminants.

Laisser s'exprimer librement et si besoin :

Qui ? Quand ? Où ? Comment ?

Qu'est ce qui a pu participer à la mauvaise décision ?

Quels sont les facteurs qui ont pu influencer ?

Dans quel état d'esprit étiez-vous ? / Et la personne soignée ?

Pensez-vous que votre âge / expérience / type d'exercice/formation ait pu influencer ?

Place des émotions/ affectif ?

IV. IMPACT DE L'EREUR

Comment avez-vous vécu cet évènement indésirable ?

Quel impact cet évènement indésirable a pu avoir sur vous ?

vosre pratique ?

vos relations à vos proches ?

- Reproches
- Difficulté / défaillance
- Ressenti / culpabilité / émotions
- Modifications de pratique
- Formation

V. QUE FAIT-ON ?

Finalemnt, que fait-on ?

Est-ce que l'on s'occupe de nos proches ?

Que diriez-vous (pensez-vous) de la prise en charge médicale de vos proches ?

Qu'est ce qui rend une décision différente d'avec vos autres patients ?

VI. CONCLUSION

Je vous remercie de votre participation à mon étude.

Je vous propose de vous envoyer l'entretien retranscrit pour que vous puissiez me donner votre avis.

Et si cela vous intéresse, je pourrais vous retourner les résultats de ma thèse.

Définitions :

- Evènement indésirable (Ministère de la Santé, France) : tout évènement fâcheux survenant de manière fortuite au cours d'un service lié aux soins, et tous les effets indésirables liés à des formes d'interventions quelconques lors des soins.

- La faute suppose l'existence de négligence ou plus grave encore de tromperie. Elle prend une dimension professionnelle lors du traitement judiciaire d'une situation d'évènement indésirable. On ne devrait parler de faute que dans ce cadre là.

- L'erreur peut provenir du non-respect des politiques de santé, des protocoles, des consensus, des règles de soins mais également être consécutive à une inattention, une distraction, un oubli ou tout autre évènement fortuit survenant lors du soin. Elle est donc à définir comme un dysfonctionnement et à rapprocher du caractère d'évitabilité de certains évènements indésirables.

ANNEXE C : entretiens

Entretien N° 1

Vanessa : Quelle est votre expérience personnelle concernant le soin de vos proches ?

Henri : Donc euh... J'ai soigné régulièrement mes proches depuis la naissance des enfants jusqu'à (*rires*) trente ans après. De la même manière qu'au niveau familial j'ai assez souvent soigné mes proches de manière régulière en étant leur médecin traitant.

Vanessa : D'accord. Et à peu près à quelle fréquence vous estimez prendre en charge des proches ?

Henri : Une ou deux fois par mois.

Vanessa : D'accord. Quel est le... Quel ressenti vous pouvez avoir lors de, lors de ces soins ?

Henri : Alors il y a toujours une crainte de se tromper. Il y a toujours un problème d'affectif qui peut (*hésitation*) éloigner certains diagnostics qui seraient euh euh dangereux ou qui seraient trop graves (*silence*) mais dans une pratique quotidienne, dans une pratique des pathologies pas bobologie mais de pathologies banales, euh, s'il y a des pathologies banales. Euh, ça ne pose pas trop de problèmes.

Vanessa : D'accord. Et du coup, qui acceptez-vous de soigner ou à l'inverse refusez-vous de prendre en charge et pourquoi ?

Henri : (*silence*) Je crois que je n'ai pas refusé de soigner, donc ça veut dire que j'ai accepté de soigner systématiquement avec plus ou moins de réticence c'est vrai certaines fois.

Vanessa : D'accord. Pouvez-vous me raconter un exemple de sentiment d'erreur que ce soit diagnostique ou thérapeutique, en fait d'évènement inattendu ou d'un cas qui ne se serait

pas passé comme, comme prévu lorsque vous avez pris en charge un membre de votre famille. Je peux vous laisser un peu de temps pour réfléchir si besoin et simplement je tiens à vous préciser que le sujet certes, s'oriente autour de l'erreur mais que c'est, ce n'est pas tant l'erreur en tant que telle qui est importante mais plutôt ses déterminants.

Henri : (*silence 22sec, raclement de gorge*)

Vanessa : Ce n'est pas forcément un cas d'erreur grave, hein.

Henri : Oui oui je comprends bien, c'est même, même une petite erreur, même...

Vanessa : Quelque chose qui ne se serait pas passé comme on aurait pu le prévoir au départ.

Henri : (*silence 10sec*) Oui, ça m'est arrivé, probablement. Je pense à une mauvaise cicatrisation sur l'ablation d'un euh, d'un naevus. Et c'est vrai que bon c'est arrivé chez des gens qui n'étaient pas des proches mais c'est arrivé aussi chez quelqu'un qui était un proche et donc bon ça m'a un peu gêné et ou euh..

Vanessa : Et du coup, qui est-ce que c'était par rapport à vous ?

Henri : Un fils.

Vanessa : Un fils.

Henri : Ou alors euh... Une euh suture que j'ai faite avec difficulté euh dans un état de fatigue un peu particulier qui a eu du mal à tenir, c'est arrivé.

Vanessa : Et du coup, est-ce que vous pouvez me donner un peu plus de précisions sur le contexte, du moment par exemple où il y a eu cette suture. Quand est-ce que c'était, où est-ce que c'était, comment ça s'est passé ?

Henri : Bah ça s'est passé à la maison, c'était sur un de mes fils. Il s'était fait mal, c'était une plaie dans

la bouche. Je n'avais pas véritablement le matériel qu'il fallait et en plus (*rire*) j'étais dans un état de fatigue relativement important et c'est vrai que euh... la lucidité n'était pas au maximum de euh mes capacités. Et donc euh... Est-ce que si c'est quelqu'un qui n'avait pas été un proche, je n'aurais pas passé la main ? Je pense que oui.

Vanessa : D'accord. Est-ce que vous vous souvenez du jour que ça pouvait être ? Si c'était un jour de semaine ? Un week-end ?

Henri : Je pense pas me souvenir exactement. Je pense que c'était un jour de semaine et je sais dans quelles circonstances. C'était pour la thèse de P. (*rires*). J'avais une putain de migraine que j'ai même pas pu aller à la thèse.

Vanessa : Donc il y avait la migraine, la fatigue.

Henri : Voilà c'était... Je pense que ça... Je crois que ça aurait pu être identique si ça avait pas été un proche, mais ça aurait pu être euh... J'aurais peut être plus facilement laissé la main.

Vanessa : Et la personne soignée du coup, elle était dans quel état d'esprit aussi à ce moment là ?

Henri : *silence*

Vanessa : Quelle était sa demande ?

Henri : Bah elle demandait à être soignée (*rires*), à être recousue et puis c'est tout. C'était J. (*rires*). Il est pas trop défiguré mais ça va quoi !

Vanessa : Oui. Et du coup euh, est-ce que vous pensez que dans ce cas là euh, votre type d'exercice, votre âge ou votre formation auraient pu influencer ou pas particulièrement ?

Henri : ...

Vanessa : A ce moment là vous étiez à quelle période de votre exercice, à peu près, ça faisait combien de temps que vous exerciez ?

Henri : Ca faisait déjà quinze ans.

Vanessa : Oui.

Henri : Ou non, au moins une dizaine d'années ça devait faire. Euh, non je ne pense pas que c'était... Pour en revenir aux difficultés, sur les proches comme ailleurs, euh, j'ai reréfléchi en même temps, ça déborde un petit peu mais ça peut être intéressant. Souvent c'est la fatigue qui a été une cause de... de difficulté diagnostique ou d'erreur thérapeutique.

Vanessa : D'accord.

Henri : Très très très souvent. Chaque fois que je repense à certains cas, il y a peut être une dizaine de cas d'errements, ou de diagnostic qui n'ont pas été posés, assez vite ou assez judicieusement, il y a toujours eu ; ou alors est-ce que c'est une manière d'excuse que l'on se donne ou est-ce que c'est vraiment une réalité, mais il y avait toujours une forme de fatigue vraiment extrême, surtout il y a quinze vingt ans où l'exercice obligeait à des gardes répétées et à un exercice qui obligeait peu de récupération et peu de sommeil. Et dans l'état, dans l'exercice actuel, chaque fois que je ressens ces fatigues comme ça ou j'essaie justement de m'arrêter ou j'essaie de faire encore plus attention ou de passer la main plus facilement si il y a la possibilité.

Vanessa : Et du coup, euh, là c'est avec le recul que...

Henri : Oui

Vanessa : ... qu'on voit qu'il y avait la migraine, la fatigue, sur le moment même qu'il y a eu cette prise en charge, cette suture, euh, comment vous l'avez vécu, comment euh...

Henri : La suture a bien pris au départ, euh, le problème c'est que le fil n'était pas adapté et dans la bouche ça tenait pas bien. Au moins la partie hémorragique a été réglée.

Vanessa : D'accord.

Henri : Après que ça ait un petit peu sauté (*rire*) et qu'il y ait eu une petite marche d'escalier, bon elle s'est résorbée, dans le temps sans aucun problème, et ce qui était, à l'endroit où ça passait, prévisible. Mais, bon, euh... Faire un geste et ne pas être systématiquement complètement satisfait, euh, ça me gênait beaucoup.

Vanessa : Hum, d'accord. Et du coup au final, que pensez-vous de la prise en charge de vos proches, en général, que diriez-vous de la prise en charge de ses proches pour un médecin généraliste ?

Henri : Pour de la petite pathologie ou de la pathologie d'urgence ou quand on n'a pas d'autres solutions, euh, c'est souvent une obligation...

Vanessa : Ouais.

Henri : ...qui se pose de la part du proche, en particulier quand c'est vos enfants ou de la part de euh... de soi même. Il y a des difficultés aussi certaines fois à pouvoir trouver le confrère immédiatement dans l'urgence ou en qui on fait confiance, il faut le reconnaître, on est un petit peu, on a un petit peu la grosse tête certaines fois. Euh... Il est parfois délicat de passer systématiquement la main quand il s'agit d'un proche, en particulier quand il s'agit des enfants. Mais, euh, dès qu'on a la sensation qu'un de nos confrères spécialiste ou qu'on a trouvé que la voie diagnostique ou la voie thérapeutique devait être explorée par un confrère spécialiste, c'est beaucoup plus facile pour passer la main quoi.

Vanessa : D'accord. Et du coup, concernant je sais pas, l'émotion, la pudeur, l'affectif, qu'est-ce qui rend une décision différente d'avec un autre de vos patients ?

Henri : Émotionnellement, il y a toujours cette crainte encore plus marquée de se tromper, parce que ça effectivement ça nous touche. Euh... Dans la pathologie courante, bobologie, bon, on n'est

quand même pas dans l'erreur euh... dans la crainte de l'erreur systématique.

Vanessa : Ouais.

Henri : Que ce soit avec des patients, ou avec la famille. Donc, bon, on n'est pas en train d'opérer à cœur ouvert...

Vanessa : Bien sûr.

Henri : Systématiquement.

Vanessa : Ouais. Hum... Est-ce que vous avez des choses à rajouter, euh...

Henri : Je me demande comment je ferai lorsque je serai à la retraite (*rires*) ! Lors des pathologies de la famille aussi.

Vanessa : Oui, ça c'est une question.

Henri : Voilà. Euh... Ce qui est important et je... peut-être pas systématiquement au niveau familial, proche hein, je parle des enfants quand on est jeunes parents ou parents, ou même du conjoint quand on en discute euh, c'est parfois un peu difficile, mais quand c'est des problèmes d'urgence, bon, les réflexes reviennent rapidement. Et quand il s'agit de soigner des proches euh, en tant que non urgence, ou autre, euh, traitement de fond, etcetera, je m'arrange pour les soigner au cabinet et pas à la maison, et j'évite de discuter de leur santé à ce moment là au domicile personnel quoi.

Vanessa : Ouais. Ça c'est important ?

Henri : Ouais. J. ou Y., je me démerde, je me débrouille pour les soigner au cabinet.

Vanessa : Hum. D'accord, euh... Moi j'en ai terminé par rapport au fil de mon entretien, est-ce que vous auriez des commentaires à faire concernant notre discussion, notamment des éléments à apporter pour mon travail sur la construction de la grille, sur le fil de la discussion ?

Henri : *silence*

Vanessa : Pour... comment aborder le sujet ?

Henri : Alors, je je vois certaines situations qui ont été des situations différentes, qui ont été certaines fois des situations de pathologies courantes euh, où finalement, euh... angine, rhume, etcetera, où on prend des décisions, on fait ce qui est à faire, comme on le ferait dans n'importe quel cabinet médical ou lors de n'importe quelle visite. Après il y a des situations d'urgence où on essaie de régler le problème euh, et d'adresser éventuellement au spécialiste. Et puis, il y a les situations un petit peu plus complexes où c'est vrai qu'il faut essayer de passer la main plus facilement. Voilà.

Vanessa : D'accord. Euh, donc concernant les questions que j'ai pu poser, les interventions au fil de la discussion, est-ce qu'il y a des choses qui seraient à changer pour améliorer euh les futurs entretiens. Sur euh, l'abord du sujet euh...

Henri : Peut-être ce que je soulignais là à l'instant les différents moments de la vie.

Vanessa : Plus euh...

Henri : Oui. C'est certain que quand tu es jeune parent ou parent de jeunes enfants et que tu rentres à la maison et que tu en as un qui est malade, euh, t'appelles pas la nuit un jeune, un autre confrère.

Vanessa : Ouais.

Henri : Tu réagis, tu soignes, point.

Vanessa : Donc sur...

Henri : C... C'est... Donc à cette période là, sur ces pathologies là, c'est vrai. Après, plus tard on te demande des avis mais qui sont pas tout le temps, euh sous forme de consultation.

Vanessa : Hum.

Henri : Mais qui reviennent à une consultation. Donc bon, c'est parfois un petit peu difficile. C'est presque des avis et en général (*rires*) avant d'aller voir un spécialiste parce qu'il y a un problème ou autre.

Vanessa : Hum.

Henri : Voilà.

Vanessa : D'accord. Et ben si, c'est terminé.

Henri : C'est terminé.

Vanessa : Je vous remercie de votre participation à l'étude et si ça vous intéresse je pourrai vous en retourner les résultats.

Henri : *rires*, c'est gentil, j'espère bien. Je voudrais une thèse dédicacée. Non c'est vrai, bon, tu vois, le naevus j'en ai toujours fait, tout le temps, j'en enlève un dans le cuir chevelu de P., c'est vrai que la cicatrisation euh... Bon, alors que la plupart du temps j'ai une cicatrisation sans problème. Elle s'est bien faite mais, il y a eu une zone un petit peu d'écartement où il n'a pas de cheveux. C'est pas une catastrophe.

Vanessa : Hum.

Henri : J'ai jamais eu de catastrophe. Ah il y en a une que j'avais oubliée tiens, d'en parler. T. (*son épouse*) fait une colique néphrétique. Donc je la soigne à la maison, parce que bon, on n'allait pas l'hospitaliser... Puis elle a mal, elle a mal, bon. Et puis à cette époque là on faisait assez facilement du Valium©. Donc je lui fais du Valium©. C'était... Bon je pense qu'on venait d'arriver ici donc J. était tout petit. Putain, elle s'est endormie quoi (*rires*). Le Valium© en perf, tout doucement, ça l'a shootée, elle s'est endormie. (*rires*) B. sonne au portail à ce moment là, j'étais au balcon et je lui dis démerde toi pour rentrer, j'ai dit à B. : « Y'a T. qui dort ». Bon ça n'a pas duré, quoi, je lui ai enlevé l'oreiller, mais elle a fait euh... Pas une apnée mais vraiment, bof, boum. Comme une anesthésie générale.

Vanessa : Et du coup, là, à ce moment là, qu'est ce qui a pu influencer euh..

Henri : C'est euh... Tu stresses un peu, parce qu'en fait...

Vanessa : Oui mais c'est, quelque chose qu'on aurait fait chez quelqu'un d'autre qui aurait finalement eu euh...

Henri : Je l'aurais peut-être pas fait chez quelqu'un d'autre

Vanessa : Peut-être pas fait chez quelqu'un d'autre ?...

Henri : Parce-que en fait je la prenais en charge à la maison.

Vanessa : Oui c'est ça.

Henri : Je ne voulais pas qu'elle souffre, c'est T., je voulais pas qu'elle souffre. Mais en même temps du Valium®, en IV comme ça, j'en ai fait des centaines de fois pour intuber des gens quand j'étais au SMUR ? mais c'était pour les intuber (*rires*).

Vanessa : Hum.

Henri : Vraiment, elle a été d'une sensibilité... J'ai passé tout doucement pourtant.

Vanessa : Hum.

Henri : Faut pas déconner... Bon après quand elle s'est réveillée, elle m'a dit : « Ha c'est génial, j'ai plus mal ! »

Vanessa : *rires*

Henri : Non c'est vrai parce que ça a un tel effet myorelaxant que...

Vanessa : Oui.

Henri : Euh... C'est à J. que j'avais recousu dans la bouche, je ne me rappelle plus comment il s'était fait mal... On devait partir, c'est au moment de partir, je savais même pas si j'y allais parce que j'avais une migraine catastrophique. C'est vieux parce qu'il devait avoir 4 ou 5 ans. Et donc je lui repositionne, c'était là qu'il s'était fait mal, j'avais pas le fil qu'il fallait, j'avais bon..., j'ai mis juste un point, mais le point il n'a pas vraiment tenu, quoi j'avais pas de... mais ça avait arrêté l'hémorragie c'est tout. Moi mon mal de tête après j'ai dit à T. :

« on reste là, je vais me coucher, on peut pas y aller » (*rires*). Y'avait pas les triptans à cette époque là.

Vanessa : Hum.

Henri : Et qu'est ce que c'est qu'il y avait eu ?... C. qui se pète le bras euh... Bon ben là tu vois c'est mon associé qui s'en est occupé et euh, parce qu'il est allé au cabinet et heu : « mais non il a rien ce bras, il a rien ce bras ». Et tiens, une fracture, une double fracture... Bon... Tu vois des fois après tu as du mal à faire confiance !

Vanessa : Bien sûr.

Entretien N° 2

Vanessa : Quelle est ton expérience personnelle concernant le soin de tes proches ? Comment soignes-tu tes proches ?

Beniat : Je les soigne plus !

Vanessa : Plus ?

Beniat : Non, vraiment en cas d'urgence, si y'a vraiment quelque chose qui presse mais c'est très rare. On sait que dans un cabinet l'urgence n'existe pas beaucoup, dans la famille non plus. Ça fait de longues années que je leur dis qu'il ne faut pas être suivi par euh... son euh... un de ses parents.

Vanessa : D'accord. Et du coup auparavant, qui acceptais-tu de soigner ou à l'inverse qui refusais-tu de prendre en charge ?

Beniat : Ben j'en refusais pas ! (*rires*) On acceptait tous ceux qui demandaient en sachant que l'examen est souvent mal fait puisque quand je les vois c'est à l'occasion d'une fête ou d'une réunion familiale donc je n'ai pas le matériel, j'ai rien et c'est des examens qui sont toujours incomplets. On peut pas faire ce qu'on ferait en cabinet. On peut pas ne pas répondre à la demande d'un proche.

Vanessa : Ouais.

Beniat : Si il veut quelques chose, on est obligé de le faire entre guillemets et euh... le plus compliqué pour moi c'est les filles, si il faut un examen gynécologique, je ne me vois pas examiner ma fille ou ma nièce ou... Et puis pour les garçons c'est pareil, s'il faut faire un toucher rectal... moi je trouve que c'est pas, c'est pas sain d'examiner un proche. En plus on a un côté sentimental qui est qui est présent, donc je crois que c'est biaisé.

Vanessa : D'accord. Et est-ce que tu aurais par un exemple un exemple de sentiment d'erreur, d'un évènement inattendu, d'un cas qui ne se serait pas passé comme prévu lorsque tu aurais pu prendre

en charge un membre de ta famille ? Tu peux prendre un petit peu de temps pour y réfléchir si besoin, après ce qui est important c'est euh, certes le sujet parle de l'erreur mais au final c'est pas l'erreur en tant que telle qui est importante, c'est plutôt ses déterminants, ce qu'on disait un petit peu, qui, quand, quoi comment ?

Beniat : (*réfléchit, semble perplexe*)

Vanessa : Alors je sais pas si tu as un exemple

Beniat : D'erreur que j'aur..., une erreur que j'aurais induite avec une consultation d'un proche ?

Vanessa : Voilà. Enfin erreur entre guillemets, un évènement inattendu, quelque chose qui ne se serait pas passé comme on aurait pu l'imaginer au début.

Beniat : (*silence 5sec*) J'en n'ai pas à l'esprit... Autant j'en ai avec les patients, alors c'est dommage ça va contre ce que je disais mais (*rires*), mais oui effectivement euh... (*silence 5sec*), une bêtise, quelque chose qui s'est mal passé (*silence, réflexion 5sec*), j'en n'ai pas à l'esprit. J'ai dû sentir que si y'a des choses qui tournent pas bien, j'ai dû après on lance le ballon de l'autre côté en disant oulala ça je le sens pas, il va falloir que tu consultes absolument, rapidement ton médecin demain ou aux urgences cette nuit. J'ai pas de souvenir d'erreur. C'est dommage d'ailleurs. J'aurais préféré, ça aurait étayé ma thèse qu'il faut pas soigner ses proches.

Vanessa : Pas de... ouais je sais pas, oui par exemple, suture avec une retard de cicatrisation, euh... une...

Beniat : J'en ai fait des sutures, ça avait bien cicatrisé en plus. (*silence 3sec*) Non. Ah c'est bête ça. Si j'en trouve je te dirai, mais...

Vanessa : Parce que du coup c'est le sujet donc c'est...

Beniat : Ben ouais ouais ouais... Faut essayer de trouver une erreur.

Vanessa : Alors une erreur c'est pas quelque chose de (*interrompue*)

Beniat : Des erreurs, des erreurs, c'est... alors si on peut appeler ça une erreur, c'est de prescrire la pilule à ma nièce. Euh... pendant deux ou trois ans de suite, j'ai fait des renouvellements de pilule pour la nièce mais j'ai dit c'est tout à fait anormal, il faut que tu sois vue, il te faut un examen mammaire, il te faut un frottis, il te faut une prise de sang, il te faut une prise de tension, enfin un minimum. Mais pour l'instant ma nièce est toujours là et Dieu merci on a fêté son anniversaire la semaine dernière, son trentième anniversaire et euh... et je lui ai dit que c'est pas bien quoi, mais alors c'est une erreur. Je pense que ce que j'ai fait moi c'est une erreur mais pour l'instant ça n'a pas induit, pour l'instant, de choses graves. Par contre on ne sait pas ce qu'on fait quoi. Je sais pas du tout quel est son statut glycémique, lipémique, mammaire, ... cervical. Aucune idée.

Vanessa : Hum.

Beniat : Donc si on peut considérer ça comme une erreur, j'appellerais plus ça une faute qu'une erreur.

Vanessa : Ouais. Donc pas d'exemple particulier de quelque chose qui se serait pas passé euh.

Beniat : Que j'aurai induit euh...

Vanessa : Une...

Beniat : (*soupir*) des gens qui se sont plaints d'acouphènes et je leur ai dit je sais pas ce que c'est alors que je sais ce que c'est et je leur ai dit il faut consulter l'ORL. J'ai tendance à refiler le bébé quand je vois que c'est un peu compliqué je leur dis je peux pas répondre, je suis pas si bon que ça, je peux pas répondre, il faudra consulter un pro.

Vanessa : Hum.

Beniat : Mais je vois pas, j'en trouve pas d'erreur. Faudra que je demande à P. tout à l'heure, tiens, peut-être qu'elle se rappellera...

Vanessa : Je sais pas.

Beniat : Je cherche, mon père avait fait un syndrome de menace et c'est moi qui ai appelé le médecin traitant et je lui dis je pense que c'est un syndrome de menace et tout de suite on a fait l'électro ensemble et on l'a hospitalisé par le 15.

Vanessa : Hum.

Beniat : Pfff...

Vanessa : Des effets indésirables de traitements qui auraient pu être prescrits ?

Beniat : Alors ça, euh, oui, des anti-inflammatoires, ça j'en prescris à mon frère et il a de temps en temps des douleurs gastriques.

Vanessa : Oui

Beniat : Et ça empêche pas qu'il m'en redemande quand même.

Vanessa : D'accord. Et du coup quand tu fais cette prescription, tu es dans quel état d'esprit ?

Beniat : Ben je lui dis : « tu te rappelles ? », « ouais mais de toute façon y'a que ça qui me fait du bien ! », parce qu'il est lombalgique et avec de l'arthrose, c'est de famille, j'ai les mêmes. Et il a une grosse arthrose, il travaille sur les chantiers donc il manipule, il fait beaucoup de manutentions et euh, mais je lui dis « mais arrête, c'est pas ça qu'il faut, il faudrait t'arrêter, perdre du poids », et les anti-inflammatoires c'est pas bon. « B. tu veux pas m'en marquer ? ». Je lui marque son ARTOTEC®, en plus il a de l'ARTOTEC®, soit disant c'est protégé et de temps en temps il a des effets gastriques mais il m'en redemande régulièrement.

Vanessa : Et du coup, quand... ces prescriptions elles se font dans quel cadre ? euh, c'est en dehors de consultation ?

Beniat : Toujours. Quand je vois mon frère c'est à l'occasion d'une fête, pour l'anniversaire de sa fille, pour euh..., la réunion familiale. C'est jamais dans le cadre d'une consultation, jamais, jamais, jamais. Ça je leur dis, ça serait bien, si vous veniez au cabinet, c'est tout à fait différent. Ils sont à Valence, moi à Lyon...

Vanessa : Et du coup, quels sont les facteurs qui influencent le fait qu'il y ait cette prescription qui soit faite ?

Beniat : Je pense que de leur côté à eux c'est une sorte de facilité, ça leur évite d'aller chez le médecin, de faire la queue, ils ont ce qu'ils veulent. Ce que je pense que le médecin local s'opposerait sûrement, il aurait le même propos que moi je pense. Lui dire de perdre du poids, de faire de la kiné, de s'arrêter, alors qu'il ne s'arrête jamais. Peut être qu'il n'aurait pas d'anti-inflammatoires, alors c'est peut être ça, ça je sais pas. Peut être, il s'est peut être fait refuser une fois et maintenant il me demande. Et il sait que je ne peux pas refuser.

Vanessa : Hum. Et donc du coup, toujours pas d'exemple particulier ?

Beniat : Non je vois pas.

Vanessa : D'une façon un peu plus générale, euh, du coup, quelle place on pourrait donner à l'émotion, à l'affectif, euh dans le soin de ses proches ? L'idée globale ?

Beniat : Ben y'a trop d'émotions, trop d'affectif. Donc on n'est... c'est ce que je viens de dire, c'est quelque chose que j'ai pas envie de faire et je le fais quand même.

Vanessa : Hum.

Beniat : Je peux pas refuser. Si on me demande quelque chose, que c'est la famille proche, je vois pas comment on pourrait refuser et on explique, je donne toujours des bons motifs, ils sont, ils sont écoutés mais ils sont pas entendus.

Vanessa : Oui.

Beniat : Tout le temps, je le répète, je le répète mais ça empêche pas que la nièce elle redemande sa pilule. D'un autre côté si je la marque pas, elle va tomber enceinte, ça sera pire.

Vanessa : Un certain sentiment de responsabilité de...

Beniat : Ben ouais.

Vanessa : Hum. Bon. Je pense qu'on a fait le tour du coup. Merci,

Beniat : Si j'en retrouve une tout à l'heure ?

Vanessa : Oui on pourra reprendre...

Beniat : Moi j'en vois pas là. Peut être qu'elle aura un souvenir de quelque chose qui s'est mal passé et à ce moment là je reviendrai.

Vanessa : Pas de problème. Merci.

Entretien N° 3

Vanessa : Donc, soigner ses proches, soigner sa famille, quelle est ton expérience personnelle concernant le soin de tes proches ?

Ispa : Euh, la première expérience, bah ça a été euh, euh, quand j'étais étudiant en médecine, euh, prendre la tension à ma grand-mère.

Vanessa : D'accord.

Ispa : Parce qu'elle m'avait acheté pour Noël, mon cadeau c'était un tensiomètre (*rires*) et ensuite l'idée c'était que je lui prenne la tension. Voilà. Euh, ensuite j'ai eu euh en sixième année, je révisais tranquillement dans ma chambre et puis j'ai entendu mon père s'agiter et euh ça m'a, ça m'a surpris. Je me suis dit « tiens, c'est marrant on dirait l'agitation frénétique de la colique néphrétique », et en fin de compte c'était sa première crise de colique néphrétique.

Vanessa : D'accord.

Ispa : Euh, et euh, donc ça s'est fait un petit peu insidieusement avec : « bah tiens y'a le vaccin de la grippe, euh, tu veux pas me le faire », « bah si », je fais le vaccin et puis, des petites choses comme ça et puis après ben j'ai eu un enfant, donc avec, qui a été fébrile (*rires*) par moments, donc il a bien fallu s'en occuper. Et euh, donc euh, voilà, j'ai pas, j'ai pas le souvenir précis d'un d'un jour où j'ai commencé à m'occuper de mes proches mais à partir du moment où j'ai commencé à répondre à une question autour de la santé j'ai eu l'impression effectivement de m'impliquer dans une démarche pas forcément de soin mais au moins d'information, alors où est la limite entre le soin et l'information ? Hum...

Vanessa : Et du coup, qui acceptes-tu de soigner ou alors à l'inverse refuses de prendre en charge et dans ce cas-là pourquoi ?

Ispa : Euh, y'a beaucoup de questions d'un coup là ! Euh, qui acceptes-tu de soigner ? Bah, tout le monde... Si c'est pas grave. (*sourire*)

Vanessa : ça veut dire quoi c'est pas grave ?

Ispa : Alors, ça veut dire quoi c'est pas grave ? Bah, euh, si c'est une écharde dans le doigt, euh, ça va pas m'impliquer de m'en occuper. Euh, par contre euh, si c'est quelque chose qui, qui peut être éventuellement sévère, euh, je suis pas à l'aise pour, pour euh m'en occuper et l'exemple récent que j'ai eu c'est que euh, le médecin traitant de mon père a pris sa retraite et ma mère a voulu absolument que mon père prenne rendez-vous avec moi. Donc, la première fois, ben ça tombait bien, c'était un jeudi, il a vu mon interne, euh qui était en, (*rires*) qui était en phase semi-active donc c'est l'interne qui l'a vu. Euh, la deuxième fois, ça tombait bien, c'était un vendredi, c'était un interne qui l'a vu (*rires*). Et puis euh, et puis y'a eu une discussion de famille à un moment où, c'est une tante ou une cousine, ouais je sais pas, qui euh, qui a dit ben je comprends pas qu'il s'occupe, c'est un peu son père, c'est pas normal euh, les médecins normalement ils s'occupent pas de leurs proches ! Et « comment ça se fait que tu t'occupes de ton père ? », ben j'ai dit « parce que j'ai pas trop eu le choix ! » (*rires*) et donc du coup ma mère semblait vexée mais elle m'a demandé ensuite à qui, à qui elle pouvait s'adresser et puis du coup c'est plus moi qui m'occupe de lui.

Vanessa : D'accord.

Ispa : Euh, mais voilà donc ouais mon père, ma mère ça me pose problème. Euh, ensuite, euh, voilà gérer par exemple euh, euh, quand ma sœur a des petits pépins de santé genre une migraine, des choses simples, oui je la dépanne en médicaments voilà, des choses quand même assez simples.

Vanessa : D'accord. Est-ce que du coup parmi ces expériences, tu aurais un exemple de sentiment d'erreur ou d'évènements inattendus si on peut dire, d'un cas qui ne se serait pas passé exactement comme prévu lorsque tu as pris un membre de ta famille en charge ?

Ispa : J'ai perdu mon grand père... (*silence*) Et euh, et... j'étais le premier soignant à intervenir en fait. (*silence 5 sec*)

Vanessa : Est-ce que tu peux m'en dire un petit peu plus ?

Ispa : Oui mais ça va prendre du temps.

Vanessa : D'accord.

Ispa : (*rires*) Hum, en fait ce qui s'est passé c'est qu'il a fait une bronchite et euh, le médecin qui s'occupait de lui a cru bon de lui prescrire de la Scopolamine. Moi, de ce que je savais de mon grand-père c'est que euh, il avait toujours eu des anesthésies un peu difficiles avec des réveils très longs où il décartonnait pendant deux trois jours. Et euh, donc ma mère m'a appelé euh, le samedi matin sur le coup des huit heures et demie en me disant euh, « ça va pas du tout », euh, « il est agité, il est confus, il dit n'importe quoi, il s'est levé à cinq heures du matin, il s'est habillé » euh, et euh, donc moi je me suis dit ben c'est le... euh, je lui ai demandé ce qu'il prenait comme médicaments et quand elle m'a dit Scopolamine, (*frappe dans les mains*), ben je me suis dit ben c'est ça qui donne des troubles des fonctions supérieures. Et je me suis focalisé là-dessus. Donc je me, donc je leur ai dit ben, il faut enlever le patch et puis y'en a pour six-huit heures, il va éliminer le produit et ça va bien se passer. Et j'ai voulu croire à cette idée là, que ça allait bien se passer. Euh, sauf que, euh... Sauf que ça s'est pas bien passé, parce que il a fait une chute vers quatorze heures, et il s'est brisé le col du fémur. Et euh, hummm. Donc quand je suis

arrivé auprès de lui, parce que j'avais j'avais l'intention d'y aller mais c'était un samedi matin, j'ai travaillé tard, c'était au mois de février, euh, j'ai travaillé tard ce samedi-là, et puis ben euh pfff, j'hésitais entre aller manger et aller le voir et puis j'ai mangé d'abord. Et ça aujourd'hui je le regrette (*expression d'une déception sur le visage*). Euh, parce qu'entre temps il est tombé ! Je, j'y serais allé peut-être une demi-heure après en fait. Bon là du coup j'y suis allé instantanément et puis ben voilà j'ai vu qu'il avait le fémur brisé donc j'ai su que ça allait mal tourner. Et euh, le problème c'est que je, euh, je me suis focalisé sur les effets euh..., confusogènes de la Scopolamine et euh, donc quand on est arrivé aux urgences, ben j'ai dit ben voilà il est confus à cause de la Scopo la Scopolamine etcetera. Y'a une jeune externe qui s'est très bien occupé de lui, qui a fait un examen complet euh... Mais du coup ben j'étais quand même présent donc je pense que j'ai un peu influencé sa prise en charge. Ensuite le senior on a discuté machin euh... Bon, on était déjà samedi soir (*air d'ironie*). Euh... Et en fait il a été sondé le dimanche et il avait deux litres de globe quoi et j'ai complètement zappé le fait que... dans les effets secondaires de la Scopolamine il pouvait y avoir euh (*à voie basse*) une rétention d'urine. Et que cette rétention d'urine était aussi partisante, fin, faisait part de l'agitation et euh, et que y'avait pas que la fracture, y'avait pas que les effets centraux de la Scopolamine.

Vanessa : Et qu'est-ce qui a pu alors t'influencer dans ce, dans ce, cette erreur de... ?

Ispa : ça m'allait bien ! ça m'allait bien, c'ét... Fin, Euh, quand on s'occupe d'un proche euh, on a du mal à envisager toutes les options et à remettre en cause certaines options.

Vanessa : Pour quelles raisons ?

Ispa : Ben parce que euh... On a besoin d'une réponse qui nous convienne et qui aille bien et, et que, fin... Moi c'est vraiment ce que je ressens, c'est-à-dire que, remettre en cause, humm, la remise en, fin ce qui est un exercice quotidien de remettre en cause ce qu'on pense.

Vanessa : Oui.

Ispa : Fin je veux dire, face à un patient lambda, euh... Pfff, par exemple je pense à une patiente qui, à la fois avait un problème de thyroïde, elle a un problème de polyarthrite rhumatoïde et un cancer du poumon ! Tout ça à 35 ans ! (*sourire*) Euh et elle avait un problème d'œdème de jambe et ben ça m'a pas posé de problème de , de, de me poser mille questions et de dire ben ces œdèmes c'est pas forcément ça, ça peut être, ça peut être un myxœdème, elle avait effectivement une TSH élevée, quand on a corrigé la TSH, ça a pas changé les œdèmes. Donc j'ai j'ai renvoyé à l'oncologue en disant mais (*claque dans les mains*) mais est ce qu'on est sûr que c'est pas un effet secondaire du produit. En fin de compte si, donc elle a changé de ligne de chimio. Donc ça me posait pas de problème de remettre en cause mon idée, parce que finalement, euh, que j'ai raison ou que j'ai tort, ben euh, c'était pas grave !

Vanessa : Hum.

Ispa : Mais si c'est mon pépé et que j'ai tort c'est grave ! (*silence et rire nerveux*)

Vanessa : D'accord. Et du coup qu'est-ce qui a pu te mettre mal à l'aise dans cette décision médicale euh...

Ispa : (*silence*) Ben, euh, qu'est-ce qui a pu me mettre mal à l'aise ? Euh, de quel point de vu c'est-à-dire ?

Vanessa : C'était, au niveau, c'était la personne qui était euh en cause à ce moment là ? Euh, c'est

parce que c'était ton grand-père ? Ou au final, un autre membre de ta famille euh...

Ispa : (*silence 5 sec*) J'ai du mal à saisir la question.

Vanessa : Je...

Ispa : Suis désolé hein (*rires*)

Vanessa : Je vais préciser, non non y'a pas de problème ! C'est que au moment où tu as pris ta décision

Ispa : Oui

Vanessa : euh...

Ispa : Laquelle décision ?

Vanessa : La décision de dire que c'était la Scopolamine qui était

Ispa : Voilà

Vanessa : responsable de l'état de ton grand-père.

Ispa : confusion...

Vanessa : Ben du coup peut-être que tu n'as pas été mal à l'aise à ce moment là au final ?

Ispa : Non, ça m'allait bien

Vanessa : ça t'allait bien

Ispa : Donc, je partais dessus, pof, ah ben c'est bon je sais. Euh, donc je vais pouvoir rassurer, je vais pouvoir expliquer à ma mère et ma grand-mère, je vais pouvoir leur dire ce que c'est. Euh, voilà. Je, je sais, donc je peux leur dire et donc euh, à partir du moment où on sait et ben, on sait contre quoi on se bat donc on sait mieux finalement comment, voilà. Euh...

Vanessa : Donc au final si on peut..., est-ce qu'on pourrait dire que euh, le vécu sur le moment de la décision était bonne, était bon pardon ?

Ispa : A priori bien sûr.

Vanessa : Et est-ce qu'a posteriori voilà ?

Ispa : A posteriori euh, a posteriori euh, ben je m'en veux encore de, de pas avoir pensé à la rétention d'urine. Sans avoir une grande conviction sur le fait que ça aurait changé grand chose parce que derrière il y a eu des problèmes au cours de

l'hospitalisation qui ont fait que, euh... L'intervention a été retardée, euh, pour diverses raisons, certaines étaient liées au fait qu'il avait un nouvel anticoagulant, oral, une autre, une autre qui était liée à des org., à l'organisation finalement de l'hôpital qui a fait que le jour où il devait être opéré, finalement il y a eu des urgences, le bloc était pris, machin... (*expression de déception*). Euh, ensuite il était dans un service de chirurgie viscérale et c'était de l'orthopédie donc ça a pas forcément aidé aussi euh, parce que les chirurgiens qui passaient, bah c'était pas les chirurgiens... Fin... Voilà

Vanessa : Hum

Ispa : Donc, je pense, fin, je pense que ça aussi, c'est des trucs qui ont contribué. (*silence*) Je saurai jamais finalement jusqu'à quel point cette omission du globe a eu un rôle important.

Vanessa : Bien sûr.

Ispa : (*rires*)

Vanessa : Et du coup est-ce que tu penses que, avec le recul du coup, euh, à cette époque là, ton âge ou ton, ton expérience a pu influencer euh, vers cette erreur ?

Ispa : Euh. (*silence 5 sec*). J'ai pas l'impression. (*silence*). (*à voix basse*) J'ai pas l'impression.

Vanessa : Et du coup, de façon un peu plus générale, au final, qu'est-ce que tu peux penser de la prise en charge euh, de tes proches ?

Ispa : Alors c'est très particulier parce qu'on en est soucieux, euh, on a envie qu'elle soit bonne, euh, on a envie qu'elle soit conforme aux recommandations, mais on n'a surtout pas envie de mettre le nez dedans ! Donc ça repose dans la confiance dans les confrères, finalement. Et euh, c'est pour ça que j'ai orienté euh, mon père sur quelqu'un en qui j'ai beaucoup d'estime, euh, alors que je sais pas du tout comment il bosse, mais que

dans les rel., dans les réunions entre médecins qu'on fait pour les tours de garde (*sourires*), c'est un gars qui est, qui est sympa, qui est ouvert, avec qui on peut discuter. On a certaines valeurs en commun, il est maître de stage aussi, euh, voilà donc, c'est quelqu'un dont je me sens assez proche et euh, je pense que si j'avais besoin d'un médecin, j'irai le voir lui.

Vanessa : D'accord.

Ispa : (*petit rire*)

Vanessa : Et euh, quand tu prends en charge, un, un proche, qu'est-ce qui, qu'est-ce qui pourrait rendre une décision différente finalement d'avec un autre patient, lambda comme tu disais ?

Ispa : Ben c'est la charge émotionnelle ! C'est-à-dire que, euh... Ben je prends l'exemple d'un état dépressif euh. Traiter un état dépressif finalement, bon ben c'est un peu de la routine quoi, on pose les questions euh, on adapte la prise en charge, on est vraiment dans notre, dans notre jus quoi ! Sauf, que quand c'est F., euh, et que on est à un repas en famille où ben euh, on parle de lui, euh, que les gens autour de la table disent « ouais en ce moment, il est bizarre euh », etcetera, et puis qu'on peut rien dire ! On peut même pas le défendre !

Vanessa : Hum.

Ispa : Et puis on voit bien qu'ils savent rien ! Donc on va surtout pas les informer (*sourire*) ! Euh... C'est c'est assez particulier quoi ! Et, à la fois euh, à la fois j'apprécie euh, et je revendique le fait d'être celui qui aide puisque je pense que c'est l'objet de la base de ma vocation hein, d'être utile aux autres.

Vanessa : Hum.

Ispa : Euh. Donc j'apprécie le côté de pouvoir finalement mettre en œuvre ma compétence pour des gens que, que j'aime. Euh... Mais, euh, du coup

euh, c'est plus compliqué, parce que euh, ben parce qu'on les croise après euh, à un barbecue, à une soirée, on a des amis communs, parce qu'on nous en parle, donc euh, y'a un petit numéro d'équilibriste

Vanessa : A faire.

Ispa : Parfois qui est assez rigolo, qui peut parfois même créer des tensions. Ça a pu créer des tensions dans mon couple (*sourire*) ! Et mon épouse a mis du temps à, à admettre que non je lui dirai pas que, que sa copine était venue me consulter pour sa gosse qui avait de la fièvre, euh. (*sourire*) Parce que passé un temps elle m'aidait à faire les chèques, donc fallait faire les relevés et elle voyait le nom apparaître. Donc, hop ! « Qu'est-ce qui avait, qu'est-ce que qu'est-ce que ? », non je répondrai pas !

Vanessa : D'accord. Euh, est-ce que tu verrais des choses à rajouter concernant euh, les déterminants qui vont induire vers l'erreur, quand tu prends en charge tes proches ?

Ispa : Ben, autant euh, autant en routine, l'erreur fait vraiment partie du jeu. Euh, fin je veux dire on se trompe quoi ! Régulièrement ! Sur des petites choses hein !

Vanessa : Hum.

Ispa : Mais on se trompe régulièrement et finalement ben, c'est pas grave et ça fait partie du professionnalisme de savoir à la fois admettre qu'on a fait une erreur et puis euh, la corriger ! Euh, mais y'a une position narcissique quand on commet une erreur, euh, en ayant soigné un proche ! Je pense hein ! Puisqu'il y a un déterminant important. Euh, parce que euh, ben je pense que, euh, fin, fin si je déçois un patient, à la limite ! C'est entre lui et moi. Mais euh, si je déçois quelqu'un de ma famille parce que j'ai proposé une prise en charge inadaptée, euh, ça met en jeu

trop de choses de ma personne finalement. Je pense.

Vanessa : Hum. Bien, je te remercie d'avoir participé à cet entretien.

Ispa : Je t'en prie.

Vanessa : Si ça t'intéresse je pourrai t'en faire retourner les résultats ! Euh.

Ispa : J'espère bien !

Vanessa : Et du coup, euh, de façon euh, comme le but est quand même de tester la faisabilité de cette grille d'entretien, est-ce que t'aurais des commentaires à faire concernant la discussion, la trame de l'entretien, pour pouvoir améliorer mes résultats, euh, mes, mon travail !

Ispa : Euh, l'introduction a été lue de façon un peu mécanique.

Vanessa : D'accord !

Ispa : Donc ben aussi je pense que ça, ça a trait au fait qu'on en a déjà beaucoup parlé donc euh, ça m'a un peu surpris !

Vanessa : D'accord !

Ispa : Je me suis dit, elle lit son speech, on dirait les télé-conseillers au téléphone ! Euh, j'ai une question que j'ai trouvée trop dense, où j'avais trop de choses à répondre en même temps ! C'est là où je t'ai dit « oulala y'a beaucoup de choses là ! »

Vanessa : Hum.

Ispa : Hum, et euh, non sinon euh,.

Vanessa : D'accord.

Entretien N° 4

Vanessa : Donc du coup, bah quelle est ton expérience personnelle concernant la prise en charge de tes proches ?

Amandine : Euh... C'est une question qui est euh, vaste, parce que y'a une approche qualitative, une approche peut être quantitative...

Vanessa : Ouais

Amandine : Euh, l'expérience personnelle, le ressenti que moi je peux avoir et le ressenti que les proches peuvent avoir de ma prise en charge... Euh... Je pense qu'il y a un caractère assez euh, subjectif avec euh, une première... comment dire... euh... une première idée déjà de ce que la personne peut avoir dans l'entourage avant même de, de l'avoir examinée. On y va avec des a priori.

Vanessa : D'accord.

Amandine : Parce qu'on connaît le caractère de la personne, parce qu'on connaît ses habitudes de vie, parce qu'on connaît euh, son observance euh, et... du traitement, ou son exagération parfois des symptômes, euh... Ca donne euh, ça fausse les, les informations !

Vanessa : Peut importe qui euh... (interruption par Amandine)

Amandine : diag... peu importe ! Mais ça fausse des deux côtés hein, ça fausse euh, ça fausse du côté euh, du patient, parce que euh, il va peut être euh, en rajouter ou il va pt'être minimiser et ça fausse du côté, euh, du praticien, parce que il f..., il se fait déjà sa, son opinion avant même d'...

Vanessa : avant d'avoir...

Amandine : Ouais ! Avant d'avoir touché au malade. Surtout quand il connaît le contexte familial, les difficultés familiales, les difficultés peut-être financières, les difficultés euh...

Vanessa : Ouais.

Amandine : ... au travail de la personne.

Vanessa : Donc la relation est faussée en fait !

Amandine : La relation est faussée oui.

Vanessa Et du coup, qui est-ce que tu peux accepter de prendre en charge, ou... refuser finalement.

Amandine : Euh, finalement... euh... on peut pas trop refuser ! C'est ça, c'est un peu ça le problème, surtout quand ça se passe euh, tard, le soir ou le week-end ! Et que, euh... Ca devient un... comment dire, le ... le problème de santé devient anxiogène pour les, pour les deux finalement ! On est, parfois pt'être plus inquiet, euh, pour certaines personnes de son entourage. Et euh, la personne elle-même est plus anxieuse, ou euh, le contraire. C'est-à-dire qu'on est faussement rassurant euh, sur euh, on minimise les symptômes parce qu'on sait que la personne a tendance à exagérer un p'tit peu et euh, ou hypochondriaque ou euh, que... euh... anxieux !

Vanessa : Hum. Et du coup, qui est-ce qu'on pourrait caser dans le... dans le terme de proches ? Famille ? Amis ? Euh...

Amandine : Oui, famille, amis.

Vanessa : D'accord.

Amandine : Voilà. Euh, famille euh, famille nucléaire, je dirai et puis euh la génération du dessus, les grands-parents.

Vanessa : D'accord.

Amandine : ... et les tantes, et les col... collatéraux euh, des parents.

Vanessa : Et parmi ce, ce cercle là euh, tu estimes être médecin traitant de, d'à peu près combien ?

Amandine : Je suis médecin traitant de personne.

Vanessa : D'accord.

Amandine : Euh, oui c'est vrai. Enfin, en pratique... Dans les papiers je suis médecin traitant de personne, mais euh... en, en théorie ! Et euh, en

pratique euh, ça m'arrive d'intervenir un peu plus souvent que la normale.

Vanessa : D'accord.

Amandine : que ce que je devrais.

Vanessa : D'accord. Et, et du coup est-ce que ça se passe toujours bien ?

Amandine : La plupart du temps, ça se passe (*silence*) pas très bien, euh... Je pense à, en particulier à une personne. Euh... Pff... C'est euh... Comment dire ?... C'est une relation euh... père – fille, qui euh, qui revient sur le tapis, parce que c'est euh, y'a une hiérar..., y'a une hiérarchie pat... euh oui

Vanessa : Familial

Amandine : C'est quand même familial, donc euh, donc en tant que médecin, on peut pas être reconnu en tant que médecin quand on soigne son père. C'est plutôt euh... Il remet en cause les choses euh... de manière assez systématique euh... il écoute pas !

Vanessa : D'accord.

Amandine : Hum.

Vanessa : Et du coup, est-ce qu'il y a des f., une fois en particulier où ça aurait pu moins bien marcher, où on aurait pu se tromper, où y'aurait eu un évènement qui se serait pas passé euh... comme on aurait pu l'imaginer au début, un évènement indésirable euh.

Amandine : Euh... Non je pense que euh... j'ai, je... Je pense que j'ai pris, j'ai pris en compte la demande et j'ai exécuté dans son sens. Mais si ça ne tenait que de moi, je n'au., j'en aurais peut être pas fait tant et on serait peut être pas allés aux urgences sur les coups de deux- trois heures du matin, ça pouvait largement attendre plus tard (*ton un peu agacé*) !

Vanessa : D'accord.

Amandine : Et d'ailleurs, les, les résultats de ce qui se... se... fin...de ce qui s'est passé aux urgences, euh... à deux postes d'urgence (*rire*) en plus, euh, l'ont prouvé, que, que y'avait pas, y'avait pas d'urgence à faire les choses à deux-trois heures du matin !

Vanessa : D'accord. Et à l'inverse, est-ce que tu aurais par exemple une situation où euh ... alors sans parler d'erreur grave, c'est pas du tout le sujet ...

Amandine : Laisser passer quelque chose ?

Vanessa : Est-ce que...

Amandine : Non ça m'est pas arrivé ça, non ça m'est pas arrivé !

Vanessa : Pas d'effet secondaire de traitement ou de euh... Un cas en fait qui se serait pas passé comme on aurait prévu, un sentiment d'erreur ?

Amandine : Non, non, ... non.

Vanessa : Jamais ?

Amandine : Jamais ! Ben, maintenant en terme de fréquence, euh, je peux pas dire que j'interviens beaucoup, ils sont pas très consommateurs de soins dans, dans ma famille hein. Euh, j'interviens aussi en deuxième avis. Euh, quand ils ont déjà consulté leur médecin traitant, et euh, qu'ils, qu'ils n'ont peut être pas compris les termes qui ont été employés par le, par le médecin traitant et qu'il faut que je, que je réexplique avec mes mots et avec la connaissance que j'ai euh... de, comment dire ? Euh... intellectuelle que j'ai de ... de ce qu'ils savent, de ce qu'ils sont capables de comprendre, avec des mots non médicaux.

Vanessa : D'accord.

Amandine : Voilà, voilà, je...je les, je vulgarise un petit peu l'information euh... l'information scientifique. Voir peut-être, je sais pas ce qui s'est dit avec le médecin traitant, peut être qu'il n'a rien expliqué non plus et euh...

Vanessa : Hum

Amandine : Voilà.

Vanessa : Et par exemple, euh, l'histoire euh, qui s'est finie aux urgences, comment ça s'est passé euh... ?

Amandine : Ah ben, le lendemain on a repris les examens, pour en conclure que y'avait pas euh... y'avait rien...

Vanessa : Et comment on est arr., on en est arrivé à aller jusqu'aux urgences euh ?

Amandine : Parce que euh... La, la relation euh... comment dire ?... Praticien-malade, ne se passe pas normalement. Parce que la, le, le désir du malade étant euh, étant d'avoir immédiatement (*insistance*) une réponse à son, à son problème, euh, oblige à faire les choses euh, pas dans les meilleures conditions... Alors que c'est... fin... c'est... c'est du ressenti, c'est-à-dire, c'est une urgence ressentie alors que moi, mon point de vue, c'était pas une urgence.

Vanessa : D'accord.

Amandine : Voilà.

Vanessa : Et qu'est-ce qui faisait dire que c'était pas urgent, que c'était... y'avait eu un examen euh ?

Amandine : Y'a, y'avait eu un examen, euh...

Vanessa : Au cabinet ou au domicile ?

Amandine : Au domicile puisque euh... On se fréquente hors cabinet, ...

Vanessa : D'accord.

Amandine : Et euh, bah, y'a eu un examen, mais pff... et puis les symptômes duraient depuis un moment, donc une nuit de plus euh... surtout quand c'est pas une..., une douleur thoracique ou un... ou, on va dire ce que nous on met dans la case urgence. C'était quelque chose de traumatique mais...

Vanessa : D'accord

Amandine : ça faisait un moment que ça durait, donc c'était pas à faire deux, deux-trois heures du matin !

Vanessa : D'accord

Amandine : Je pense que ça pouvait (*rire*) attendre le lendemain pour faire une radio !

Vanessa : Et du coup c'est la, la demande euh, du soigné qui a poussé euh, à al...

Amandine : C'est l'insistance, c'est l'insistance du soigné, une forme de, aussi de euh, je dirai euh... culpabili... culpabilisation (*rire*) en face qui...

Vanessa : En tant que membre de famille ?

Amandine : Oui, et puis ben, à, à deux-trois heures du matin on n'a pas, fin, moi j'ai pas trop envie de négocier en fait, on fait puis on n'en parle plus !

Vanessa : C'était un soir de semaine ? ou c'était un... ?

Amandine : Oh... ça de... oui, euh, oui oui, je pense, ça devait être un soir de semaine et puis le lendemain je travaillais... oui

Vanessa : D'accord.

Amandine : Hum.

Vanessa : Deux-trois heures du matin... on a dit

Amandine : ça fait... Oui ça fait du bien ! (*rire*) ça !

Vanessa : Et du coup là euh... Est-ce que t'estimes que le, les euh, donc on parlait de culpabilité

Amandine : Ouais.

Vanessa : Et que du coup, l'affectif, les émotions, qu'il peut y avoir avec un membre, un de ses proches euh... a pu impacter dans la décision ?

Amandine : Ben, elle impacte dans la décision, parce que, y'a des conséquences euh... relationnelles, qui, qui en découlent ! C'est-à-dire que euh... y' une forme de chantage affectif...

Vanessa : Qui est ressenti

Amandine : Qui est ressenti, c'est-à-dire que si on fait pas, euh... selon les desiderata de... de la personne de son entourage qu'on, qu'on soigne à

sa demande en urgence, en catastrophe, alors que c'était pas , pt'être pas utile d'intervenir en urgence, on risque d'avoir des, des relations qui se, qui se dégradent, ou qui se modifient. Peut-être pas pour très longtemps, mais bon...

Vanessa : Ouais.

Amandine : C'est pas... C'est pas agréable non plus, même si ça (*rire*), ça dure une semaine ou quinze jours !

Vanessa : Ouais. Mais on se sent quand même...

Amandine : Ah y'a une forme de pression différente euh... en ça la, la neutralit., fin..., je trouve que soigner un tiers qu'on ne connaît pas, c'est, fin qu'on ne connaît pas, et qu'on ne fréquente pas tous les jours, c'est beaucoup mieux pour la neutralité, d'apprécier le degré d'urgence de gravité, euh... pour soigner ces euh... on se sent moins... on se sent moins sous pression ! C'est plus, c'est plus confortable... euh... dans, dans nos choix de, de dire aux gens, faut le, faut faire les examens urgemment, faut prendre le traitement urgemment, ou pas ! Et inversement, quand on demande à, à la personne de l'entourage de faire tel ou tel examen, ou tel ou tel traitement, de manière assez urgente, elle ne le fait pas !

Vanessa : D'accord

Amandine : C'est-à-dire lorsque elle le, le ressent comme urgent, il faut faire ça urgemment, quand nous le ressentons comme urgent, il ne le fait pas...

Vanessa : Donc y'a une discordance entre...

Amandine : Y'a une discordance ! C'est... Je trouve que c'est, c'est assez compliqué. C'est compl., j'évite, j'évite (*rire*) mais euh, je peux pas toujours éviter !

Vanessa : Qu'est-ce qui fait qu'on peut pas éviter ?

Amandine : Ben, euh... la proximité

Vanessa : Ouais, qui est toujours là.

Amandine : Le fait que... cette facilité d'avoir un contact avec nous, d'avoir notre ligne directe, d'avoir euh...

Vanessa : D'accord

Amandine : Voilà. Alors qu'on peut pas euh, que les p., un patient X, quelconque, ne peut pas nous joindre en dehors de, de nos horaires de travail !

Vanessa : Et par exemple cette histoire, c'était au début de ta carrière ou... ?

Amandine : Nonnn, pas du tout

Vanessa : Non, donc ça, ça n'influence pas (*interruption*)

Amandine : C'était euh, y'a un an ou deux. Oui ! Mais euh... Mois je suis installée depuis 2008 mais j'ai euh... je suis euh... je suis euh... j'ai été remplaçante ici depuis 2005, oui, deux-trois ans déjà avant de, de m'installer ici.

Vanessa : D'accord

Amandine : Donc euh, voilà.

Vanessa : Et, et du coup, euh, après avoir vécu cet, cet épisode, euh... quel est ton ressenti, comment tu l'as vécu ? T'as... voilà, le fait de s'être retrouvé aux urgences finalement pour rien comme tu le pensais, y'a eu un impact particulier ?

Amandine : Euh, ben ça a un impact physique parce que le lendemain et ben on n'est pas tout frais pour aller travailler. Euh, un sentiment de, comment dire, pas de s'être fait avoir, je vais pas dire ça comme ça puisque la, la personne ne fait pas exprès de, d'être anxieuse et puis de réclamer de l'aide, euh... mais d'avoir cédé à quelque chose qui n'était pas euh, qui n'était pas utile.

Vanessa : Et il y a eu des reproches des...

Amandine : Ah oui, y'a eu, y'a eu des reproches en amont !

Vanessa : D'accord.

Amandine : En amont de sa part, euh... C'ét. En gros, c'était si tu ne... fin.. c'est pas maintenant

qu'il faut me laisser tomber, voilà. Donc c'est euh... un peu un chan. un chantage affectif. Mais dans l'autre sens ça... quand la goutte d'eau euh... fin... déborde du vase, ça peut m'arriver aussi de, de dire que, que euh... ce qui, fin, après, quand tout est rassurant, en disant, euh, au, au second appel, lorsque vraiment moi-même je suis coincée et je peux vraiment pas venir de dire que c'est pas urgent !

Vanessa : D'accord.

Amandine : De dire que c'est pas urgent et puis là moi sortir mes propres reproches.

Vanessa : Et est-ce que des situations comme ça, ça peut changer euh, les relations qu'on a avec ses proches...

Amandine : Ben ça les change mais après ça dépend je pense des euh, des familles mais euh, ça les, ça va, ça va être un peu, on va peut-être se boucher pendant quelques jours voire quelques, quelques semaines, mais ça dure pas très longtemps. Mais, bon on est toujours exposé à, à... moi, je suis toujours exposée à, à ce même problème.

Vanessa : Et du coup, est-ce que par exemple, un épisode comme ça, ça peut changer les demandes par la suite ou au final, à un moment on oublie et puis on redemande sachant qu'on a eu une expérience malheureuse ?

Amandine : Alors, de leur, de leur côté euh, du, du côté des, des demandeurs, ils... ils modifient un petit peu la, la demande, mais euh, un petit peu plus quantitativement euh...

Vanessa : D'accord.

Amandine : Je dirai qu'il y a plusieurs profils aussi, ça dépend de la personne qui demande, y'a y'a celui qui, qui demande jamais rien effectivement mais dès qu'il demande, faut que ça soit urgent tout de suite et puis y'a celles qui demandent

régulièrement. Y'a plusieurs types de demandeurs euh... et oui, alors ça c'est, y'a, y'a le cas de la famille, donc que j'ai exposé, et puis il y a , y'a un cas qui me revient dont j'avais pas parlé, c'est le cas d'un... du grand père d'un, d'un ami, et de la grand-mère, fin, fin, son épouse, euh... à l'époque, j'étais remplaçante, je n'étais pas thésée et j'ai pris des risques énormes parce que les grands-parents je les connaissais et puis j'avais un bon contact avec eux, ils avaient confiance en moi. La mère, euh, de cette amie, aussi, et ils ont réclamé à ce que j'aille euh, les voir un dimanche, euh, ou un samedi dans la nuit, pour une poussée d'insuffisance cardiaque ! Sauf qu'à l'époque, euh, je devais avoir l'ordonnancier du, des urgences avec moi, qui traînait mais je n'étais que interne et je n'étais pas thésée, et euh, y'avait une arythmie avec une ACFA avec une poussée d'insuffisance cardiaque euh, donc euh, j'ai prescrit du LASILIX®, chose que j'aurais pas dû faire parce que ça relevait pas de moi et ils avaient pas envie d'aller aux urgences !

Vanessa : D'accord.

Amandine : Ils y sont allés que le lendemain. Bon, heureusement, j'ai prescrit ce qu'il fallait et puis c'est, la nuit s'est bien passée mais elle est décédée aux urgences trois jours après... Euh... Dans ces cas-là, au moins on engage un risque médico-légal hein, surtout quand on prescrit en dehors de l'hôpital euh... je pense que c'est une très très mauvaise idée euh... de mélanger l'affectif qu'on peut avoir envers un ami et puis sa famille, vouloir aider et puis la confiance qu'ils vous accordent.

Vanessa : Ouais.

Amandine : Malgré que moi j'ai, je n'ai fait pas de faute médicale mais d'un côté juridique je dirais plutôt euh... ça m'a un peu travaillé pendant

quelques temps et ils ont réitéré après leur confiance quand le grand-père était malade, mais là à ce moment-là j'étais thésée, c'était pas pareil.

Vanessa : D'accord.

Amandine : Voilà.

Vanessa : Et du coup ça a eu un impact sur la fin de l'internat, euh... ? A te dire, ben, je prescrirai plus euh...

Amandine : Sur la fin de l'internat, oui, j'en, j'en ai reparlé avec eux... donc euh... mon ami qui était euh... comment dire, euh, ben le petit fils de, du, du grand-père et de la grand-mère là, en lui disant, écoute, je suis pas dans les clous, euh, je sais faire mais j'ai pas le droit de faire, euh, j'ai, je ne suis pas couverte par, par mon assurance en cas de, de difficulté, et la réponse était, n'était pas du tout cohérente, parce que toute la famille m'a répondu, écoute si il s'était passé, on t'en veut pas, tu les as très bien soignés et euh, si il s'était passé quelque chose, euh, on t'en aurait pas voulu, sauf que, il s'est rien passé !

Vanessa : Et on sait pas...

Amandine : On sait pas ! ça peut euh, ça aurait pu euh, comment dire, arrêter une relation d'amitié et ça aurait pu euh, conduire à un procès ou autre. Parce que je... c'était de l'exercice un peu illégal de la médecine !

Vanessa : Hum. Et du coup, qu'est-ce qu'on dirait ? On fait quoi ? On soigne ses proches, on les soigne pas, on s'en occupe ?

Amandine : Alors euh... pff... De toute façon on est o. on, on va dire on est obligé, je pense par le serment d'Hippocrate de soigner euh, de soigner. Euh, je pense que dans un cas d'urgence, ou de mort imminente, euh, de toute façon il faut pas trop réfléchir ! Dans les cas où ça n'est pas urgent, euh, ça peut être différé chez le médecin traitant ou si ils avancent qu'ils n'arrivent pas à joindre le

médecin traitant, euh, c'est peut-être possible. Mais euh, je trouve que la relation elle est pas thérapeutique, elle est pas de bonne qualité de toute façon !

Vanessa : Parce que, est ce qu'on arrive à mettre des barrières, à dire ben par exemple OK, mais ça se fait au cabinet ou, ou c'est vraiment trop difficile ?

Amandine : Euh... C'est difficile de faire ça au cabinet, très souvent ils réclament le domicile puisque je connais (*rire*) le domicile !

Vanessa : Ouais.

Amandine : Euh... Pff... Oui on essaie de mettre des barrières mais elles sont pas, elles sont très vite, elles tombent très vite ces barrières.

Vanessa : Hum. Et alors du coup si on avait un maître mot, ou plusieurs, qu'est-ce qu'on pourrait dire, qu'est-ce qui rend cette euh, cette décision par exemple médicale différente d'avec les autres patients ?

Amandine : La décision médicale elle est influencée par euh... l'affect qu'on peut avoir, euh, et pas forcément dans le bon sens euh... parce que euh... nos décisions sont prises euh... sur le coup de l'émotion et pas euh, pas avec les données euh...

Vanessa : Objectives

Amandine : Objectives, des données objectives, et euh, de la médecine qu'on connaît, réactualisée euh, réactualisée par nos formations.

Vanessa : D'accord.

Amandine : C'est euh, si c'é., si c'était évitable de soigner quelqu'un de sa famille, euh, ça serait, ça serait bien, ça serait encadré par une loi mais euh, on va dire le Serment d'Hippocrate il est déjà en amont de tout ça, donc on peut pas...

Vanessa : Hum

Amandine : On peut pas... Si on peut éviter, et je sais qu'il y a dans des familles euh, ça se fait très

bien ça. Les, les, les membres de la famille, sauf, urgence extrême, ne demandent pas à leur euh, à, à des gens de leur famille qui sont médecins, de les soigner. Et j'ai eu un maître de stage qui euh, qui m'a dit euh, il est hors de question que je soigne quelqu'un de ma famille !

Vanessa : D'accord !

Amandine : Maintenant, est-ce que ça se fait dans d'autres familles, euh, assez couramment ? Euh, ça doit se faire. Est-ce que dans toutes les familles, tout le monde est pénible ? Euh... Je ne sais pas ! (*rire*). Il faut, maintenant c'est la thèse qui le dira hein ! Alors euh, le panel est de combien de, de médecins interrogés ?

Vanessa : C'est, y'a pas de décision au départ du nombre défini de, de médecins, c'est en fonction de la saturation des données.

Amandine : C'est, c'est plus qualitatif ?

Vanessa : C'est du qualitatif exactement !

Amandine : D'accord. Et combien, de, de médecins ont été interrogés pour l'instant ?

Vanessa : Pour l'instant quatre.

Amandine : Ouais.

Vanessa : Et en général, en qualitatif, on arrive, alors bon c'est pas très très poussé non plus, mais une quinzaine d'entretien, on arrive à peu près à saturer

Amandine : Le nombre de

Vanessa : Les données

Amandine : D'accord. Et quels sont les premiers résultats ?

Vanessa : Alors pour l'instant y'en a pas, fin, y'a, y'a peu, c'est pas assez précis mais par contre du coup euh, bon, d'une part, je te remercie et, si tu veux, je peux te faire passer la retranscription de l'entretien pour voir si euh, on est d'accord sur ce que j'ai retranscrit ou pas forcément... Et puis du coup par contre on peut, je peux te faire passer à

la fin de mon travail un petit résumé de, et les résultats euh.

Amandine : Oui, avec plaisir ! Je pense que euh, fin, je ; je sais, je sais pas ce que tu as eu comme entretien, quels sont tes impressions par rapport aux entretiens précédents, ou par rapport à celui-ci ? Est-ce que il y a beaucoup euh, comment dire, d'écart déjà de, de, dans ce que te disent les médecins, ou c'est ?

Vanessa : Y'a, y'a des différences oui.

Amandine : Y'a des différences.

Vanessa : Y'en a qui arrivent à mettre plus de distance, à mettre plus de cadre euh... d'autres... Ce qui ressort quand même c'est vraiment euh, cette histoire d'affectif, d'émotion, euh... Pour l'instant, c'est vrai que c'est le premier entretien où euh, j'ai vraiment cette notion de pressurisation de l'entourage.

Amandine : Hum.

Vanessa : Euh... Un peu un sentiment d'obligation. C'est vrai que jusque là, ils l'étaient mais un peu, en

Amandine : Alors, je pense que la pression, y'a la pression vraie et la pression ressentie et le euh.. le, le, comment dire ? La, la personnalité du médecin qui rentre ne ligne de compte

Vanessa : Oui

Amandine : Euh je, je

Vanessa : Et de l'entourage ?

Amandine : Et de l'entourage. Je suis d'une nature plutôt euh, obéissante je dirais, dans ma vie euh, familiale et euh... et le, le, le sentiment de, de vouloir toujours bien faire, faire en sorte que la, la personne que j'aime en face, de mon entourage, soit satisfait, elle rentre en ligne de compte alors que dans une relation thérapeutique normale, euh, c'est uniquement un critère qualité. Un critère qualité selon les normes en vigueur (*rire*).

Vanessa : Ouais.

Amandine : Et pas... pas, un critère euh, affectif. Ne pas... ne pas décevoir de toute façon son patient, mais là, euh... ne pas décevoir, ne pas blesser euh... blesser euh... une relation... une relation affective.

Vanessa : Hum.

Amandine : Fin, on peut avoir avec les patients, les, on va dire une bonne entente mais ça euh... si y'a une euh... comment dire ? Une rupture dans la, la relation, les conséquences sont moins graves. Après on peut avoir un patient qui nous porte plainte parce que erreur diagnostique, et euh, ouais, erreur thérapeutique euh... c'est des conséquences juri., juridiques euh... Mais une relation avec une personne de sa famille ou euh, un ou une amie, euh... c'est plus difficile à, à reconstruire, à retrouver

Vanessa : Bien sûr

Amandine : Parce que un parent c'est unique, que ce soit un père, un mère. Les patients, on peut en retrouver !

Vanessa : Hum.

Amandine : Même si on essaie de faire bien.

Vanessa : Bien sûr.

Amandine : C'est, c'est jamais agréable de perdre, de perdre un patient parce qu'il est pas content de... mais euh... On est plus objectif sur le fait que, ils nous disent : « vous n'avez pas bien fait votre travail » et puis vous, vous dites, non, non j'avais tout bien fait comme il faut et les données de la science me permettent de dire que

Vanessa : Ouais

Amandine : Que c'est pas, ben c'est pas moi qui suis en tort, vous n'avez pas fait votre traitement comme il faut, vous n'avez pas suivi mes conseils, point. Euh... Dans le cadre d'une relation thérapeutique et diagnostique avec un membre de

l'entourage, euh... C'est difficile de, de lui faire des, des reproches. Des reproches, ou le recadrer. Lui donner des, des conseils. Parce qu'ils viennent pas tellement là finalement pour, pour écouter vos conseils. Ils viennent là pour obtenir du résultat et euh, pas forcément des conseils !

Vanessa : Ah, c'est une demande, un résultat et euh...

Amandine : Alors c'est peut être pas comme ça dans toutes les familles hein c'est euh du... euh... On a confiance en toi, ne nous déçois pas, euh... Oui et puis euh... On te gardera dans notre cœur comme ça, c'est pas, c'est pas... c'est pas une relation qui est... qui se finit à la fin de la consultation euh... avec un paiement, une carte vitale, vous êtes rémunéré pour le travail que vous avez fait, le juste travail que vous avez fait. Même si y'a un suivi quand même sur le long cours qui euh... qui s'arrête au moment de la retraite quand, quand on a fini sa carrière.

Vanessa : Alors qu'une relation familiale

Amandine : Une relation familiale c'est le fait de la rareté euh... de, de l'interlocuteur, c'est-à-dire que le... ce patient là ben, il est, il est vraiment unique, encore plus unique que, qu'un patient, même si tous les patients sont uniques.

Vanessa : C'est pas un patient lambda ?

Amandine : C'est pas un patient lambda. Et euh... Alors, peut être qu'il peut être encore plus exigeant encore qu'un patient lambda, parce qu'il attend beaucoup de vous, que vous mettiez le paquet

Vanessa : Ouais.

Amandine : Le maximum parce que euh... parce que... il vous a tout donné. Il a l'impression qu'il vous a tout donné donc vous devez tout donner !

Vanessa : D'accord. Et bien merci.

Entretien N° 5

Vanessa : Qu'est-ce que vous pourriez dire vous ; quelle est votre expérience de la prise en charge de vos proches ?

Sophie : C'est très difficile pour moi. Euh... Je pourrais vous raconter une anecdote, euh, je prenais en charge ma maman euh... Et récemment euh... Suite à, à un conflit à propos de son traitement, euh, j'ai décidé de ne plus la prendre en charge et de lui trouver un médecin traitant.

Vanessa : D'accord.

Sophie : ça a été très très mal vécu par ma maman, qui a vécu ça comme un, comme un abandon pratiquement. Mais euh, maintenant, elle a son médecin traitant et euh, les relations mère-fille sont plus simples.

Vanessa : D'accord.

Sophie : Voilà.

Vanessa : Et du coup, qui est-ce que vous acceptez de prendre en charge ou

Sophie : Alors, je prends en charge mon fils.

Vanessa : D'accord

Sophie : Qui a quand même 24 ans mais que je continue à prendre en charge parce que je crois pas qu'il imagine une seule seconde que je puisse pas le faire et puis parce que les problèmes sont très simples, voilà ! Et je prends en charge aussi mon conjoint.

Vanessa : D'accord.

Sophie : Qui est dans le domaine médical mais qui est chirurgien dentiste, mais que je prends en charge aussi complètement euh, parce que là aussi j'ai pas trouvé de solution pour euh, pour que ce soit quelqu'un d'autre qui le prenne en charge. Je prenais en charge mon papa, il est décédé, ça a été très difficile aussi mais lui, de lui-même à une époque il a choisi de prendre un médecin parce

qu'il s'est rendu compte de la difficulté de soigner un proche quand il y a une maladie lourde.

Vanessa : D'accord.

Sophie : Un cancer ou quelque chose comme ça, et donc il est décédé de son cancer et, et donc je, je, j'y arrivais pas non plus, voilà.

Vanessa : D'accord. Et, est-ce qu'il y a des personnes du coup que vous refusez de prendre en charge ?

Sophie : Oui.

Vanessa : Par exemple ?

Sophie : Euh... Et ben par exemple euh... Euh, des amis !

Vanessa : D'accord.

Sophie : Mes amies très très proches, euh, je leur explique que je suis pas la bonne personne pour les prendre en charge, que je suis affectivement trop proche d'elles et, je ne les prends pas en charge.

Vanessa : Vous mettez une barrière entre la vie , (interruption)

Sophie : Oui, mais par contre je reste à leur disponibilité pour bon, le téléphone souvent sonne le soir pour, parce que le frère bon a un truc, voilà ! Donc en général, ils me demandent mon avis pour des, des problèmes qu'ils ont eu, ils veulent un avis médical, ils veulent mon avis à moi.

Vanessa : D'accord.

Sophie : ça oui, je, mais je refuse d'être leur médecin traitant.

Vanessa : D'accord. Et parce que du coup, au niveau de... administratif pour, vous êtes déclarée médecin traitant pour ?

Sophie : Pour mon fils, et pour mon mari.

Vanessa : D'accord, donc pour deux personnes.

Sophie : Hum.

Vanessa : Et en général, quand vous les prenez en charge, ça se passe bien ?

Sophie : Avec mon fils et avec mon mari, oui, je pense qu'ils ont bien compris comment il fallait euh, fonctionner, voilà, qu'il faut pas euh... Mon mari il est même prêt (*rire*), il me dit, mais si tu veux je viens consulter ici, donc il est bien prêt à jouer le jeu

Vanessa : D'accord.

Sophie : A venir consulter ici euh... Voilà donc euh, et euh... il, il est comme mon fils, ils sont assez compliants tous les deux, c'est-à-dire qu'ils vont pas remettre en question systématiquement tout ce que je leur propose ; ce qui est usant parce que euh, bon, pour un patient c'est tout à fait normal qu'il remette en cause ce que vous faites de temps en temps mais, quand c'est tous les jours à la maison, et pourquoi tu m'as prescrit ça, et qu'est-ce que ça veut dire, et pourquoi tu penses que j'ai ça, que tu penses que... Mais c'est usant euh...

Vanessa : Ouais

Sophie : Quand ça empiète complètement sur votre vie de famille c'est usant et eux non heureusement ils sont pas comme ça, donc ils me laissent euh, voilà, euh, ils me laissent tranquille par rapport à ça.

Vanessa : Et du coup, il y a des fois où ça a moins bien marché, où euh... Par exemple avec votre maman vous disiez ?

Sophie : Bah oui avec ma maman, bah du coup elle était capable euh, moi j'ai fait Compostelle pendant des années, là j'ai fini cet été, elle était capable, alors que j'étais en train de marcher euh, en plein mois d'août, en pleine Espagne, de m'appeler pour me dire qu'elle avait euh, quarante de fièvre, des frissons et des brûlures en urinant. Et quand je lui disais ben qu'il fallait vraiment qu'elle aille consulter un médecin, elle m'a dit non c'est pas possible, je veux que tu me prescribes une ordonnance et que je dirai au pharmacien ce qu'il

faut que tu me donnes (*rire*). Donc ça c'est, voilà, la panique à bord, l'angoisse, on se dit mais bon, elle est en train de faire une pyélonéphrite et elle veut pas se soigner ! Qu'est-ce que je fais, à distance, à l'étranger avec un téléphone ? Voilà. Donc ça se passe mal.

Vanessa : Et ça s'est terminé comment ?

Sophie : ça s'est terminé comment ? Qu'on s'est fâchées au téléphone et que en plus après le réseau passait plus et que je n'ai pas su ce que, et je, et je... je crois qu'elle a été consulter quand même quelqu'un, elle était au fin fond de la Bretagne, voilà.

Vanessa : D'accord.

Sophie : Mais elle m'en a voulu !

Vanessa : D'accord.

Sophie : (*rires*)

Vanessa : Et est-ce que vous auriez un... un exemple de... sentiment d'erreur, ou d'évènement indésirable qui se serait passé quand vous aviez pris en charge un de vos proches ? Alors pas forcément une erreur grave, mais, quelque chose qui se serait pas passé comme on aurait pu l'imaginer au début ?

Sophie : Non, mais c'est toujours une hantise que j'ai. J'ai toujours une hantise de... avec mes proches euh, euh... de... soit de me tromper par excès, hein, de, de, d'imaginer des choses terribles. Quand mon fils était petit, dès qu'il regardait dans la vague euh, ça y est, il avait un, un petit, une épilepsie petit mal, enfin, il, il avait trente-neuf, il avait une méningite, fin c'était... Ou bien passer carrément à côté !

Vanessa : D'accord.

Sophie : Je me souviens quand mon fils a eu l'appendicite, euh..., j'ai mis trois-quatre jours avant de le montrer au chirurgien !

Vanessa : Et qu'est-ce qui s'était passé pour euh... pour que ça se passe comme ça finalement ?

Sophie : Ben parce-que je me disais, ben tous les soirs je l'ai examiné (*rire*), et je me disais ben peut-être qu'il veut pas aller à l'école, peut-être c'est parce-que sa maman est médecin qu'il veut se faire examiner, peut-être... Donc j'arrivais pas du tout à, à me dire que, puis à un moment je me suis dit, non il a jamais mal au ventre, il a mal au ventre, il est pas bien, aller, on l'emmène voir le chir, qu'il l'a opéré mais bon, voilà. Y'a eu ce, donc voilà, c'est pt' être là où j'ai, j'ai senti que c'était compliqué quand même de... j'ai pas fait d'erreur mais j'ai retardé je pense le diagnostic.

Vanessa : Et est-ce qu'il y a des, des événements qui ont pu faire, par exemple une surcharge de travail, ou qui a fait que, on a laissé ces trois-quatre jours passer ou c'est

Sophie : Non

Vanessa : Ou c'est vraiment, non !

Sophie : Non

Vanessa : Y'avait pas d'éléments extérieurs

Sophie : Non

Vanessa : qui ont influencé ?

Sophie : Non ! En fait je me triture la tête pour savoir si c'est par excès ou par défaut que je fais un diagnostic, parce que j'arrive pas à avoir le recul nécessaire mais non, c'est pas parce que y'a une surcharge au travail ou que...

Vanessa : Et qu'est ce qui fait qu'on n'arrive pas à avoir ce recul nécessaire ?

Sophie : Euh, je sais pas, parce que euh... parce qu'affectivement, y'a un lien qui est, qui est, qui est, qui est très fort, et que, on n'a pas euh, et puis qu'on a l'esprit occupé en permanence avec ça et qu'on pense tout le temps, et qu'on se dit, et qu'on tourne le problème dans tous les sens et je pense que c'est à cause de ça, je pense que le... euh... La

capacité de laisser le problème un moment et de le reprendre après, le lendemain, quand, ou bien quand vous revoyez votre patient, elle n'existe plus face à un proche, qui lui-même, par sa présence et par son attitude va vous amener à vous poser plein de questions, voilà.

Vanessa : Et c'est quelles attitudes ?

Sophie : Ben par exemple, quand il a mal, on se dit tiens, bah peut-être que je me suis trompée, peut-être que je suis passée

Vanessa : D'accord

Sophie : à côté de quelque chose d'autre... Quand la fièvre ne baisse pas, quand euh, voilà, quand...

Vanessa : D'accord. Et... Et du coup, par exemple, suite à cet événement où euh... votre fils finalement a eu l'appendicite, est-ce que ça a changé quelque chose dans votre façon de faire avec vos proches ? Du coup avec votre époux et euh...

Sophie : Euh... J'en, j'en suis toujours là à ce compromis entre leur faire plaisir et puis quand même être là pour eux et puis euh... et puis pas trop les prendre en charge ! Alors ma maman c'était très lourd donc j'ai réussi à plus la prendre en charge mais mon mari et mon fils je les prends, je les, je continue à les prendre en charge. Et en plus ce qui est compliqué c'est que mon mari étant dentiste, il prend en charge tous ses proches au niveau dentaire !

Vanessa : D'accord.

Sophie : Et lui ça lui semble naturel. Alors je pense que la responsabilité entre guillemets ou l'impact sur la vie de la, du patient entre guillemets qu'on prend en charge n'est pas la même quand on va se faire soigner une dent que quand on prend une maladie grave mais lui, il a quelques fois un peu de mal à comprendre pourquoi ça me pèse autant de

prendre en charge euh... mes proches. Je sais pas si j'ai bien répondu à la question.

Vanessa : Oui, oui. Et alors du coup, qu'est-ce qu'on, qu'es-ce qu'on pourrait dire ? On s'occupe de nos proches, est-ce qu'on ne s'occupe pas de nos proches euh ?

Sophie : Moi je crois qu'il faut euh..., quand il y a quelque chose de, de grave, euh, demander un avis à quelqu'un d'autre voilà. Je pense que dès que un, un patient a une pathologie chronique, il faut qui... que ce soit quelqu'un de votre famille ou pas, euh... il f., de proche ou de votre famille, il faut, il faut déléguer, voilà ! Il faut déléguer, quitte à travailler peut-être avec. Mais je veux pas non plus, par exemple, je n'interfère pas avec le travail que fait le médecin traitant de ma maman. Voilà. Il faut trouver un compromis. C'est sûr que si mon fils il a une angine, il va pas prendre un rendez-vous chez le médecin.

Vanessa : Oui !

Sophie : Bon, mais voilà, son meilleur copain a eu une maladie de Hodgkin, je pense à ça, j'aurais été incapable de prendre en charge mon fils par rapport à ça. Donc, j'aurais demandé, peut-être à mon associé. Une fois j'ai demandé à mon associé de faire le vaccin à mon fils !

Vanessa : D'accord. Et c'est facile de faire confiance en ses confrères ?

Sophie : Oh oui !

Vanessa : Oui.

Sophie : Oh Oui ! Ah oui, bon de se côté-là oui. Et puis c'est moi qui le choisis en fait mon confrère. Oui, non c'est, c'est très, bon voilà. On trouve toujours des confrères en qui on a confiance et puis,

Vanessa : D'accord. Et, et qu'est-ce que vous pourriez mettre euh... fin, faire ressortir comme différence euh, dans la prise en charge d'une

décision médicale que vous pourrez prendre pour un de vos proches, d'avec un patient lambda ?

Sophie : Elle est beaucoup moins objective ! Elle est parasitée, parasitée par des tas de, de, de remises en question permanente, qu'on n'a pas du tout pour un patient lambda, fin, de façon beaucoup moins importante.

Vanessa : D'accord.

Sophie : Voilà, beaucoup moins objective.

Vanessa : D'accord. Et bien je vous remercie.

Sophie : Voilà, ben écoutez, merci beaucoup.

...

Entretien N° 6

Vanessa : Toi, quelle expérience tu as de l'exp, de la prise en charge euh, de tes proches, au niveau médical ?

Bernard : Au niveau de la prise en charge que moi je fais ou

Vanessa : Ouais.

Bernard : leur prise en charge à eux ? Que moi, moi ?

Vanessa : Que toi tu fais auprès de tes proches.

Bernard : Extrêmement faible puisque je suis toujours parti du principe qu'il fallait pas soigner ses proches, un peu ce qu'on nous apprend à la base. Après euh... au niveau, au niveau de l'expérience, c'est surtout sur des... on me pose beaucoup de questions euh, d'avis euh, sur c'est quoi ce médicament euh, pourquoi on fait ça ou ces ch., ce genre de choses donc là j'explique,

Vanessa : Hum.

Bernard : là y'a, ça me pose pas de problèmes d'expliquer les choses. Après, j'interviens pas du tout au niveau traitement, euh, je pense qu'il faut pas, alors sauf, c'est vrai, je me suis toujours posé la question, si jamais je vois un peu une aberration thérapeutique ou autre, quelle serait ma réaction ? Pour le moment, j'en ai pas vu, en m'intéressant un peu de, de, de loin quand même à, à, à leurs médicaments précisément mais par contre quand, quand ils me posent des questions sur des maladies, ils me posent des questions sur leur traitement, à quoi ça sert ou autre chose, ben là, par contre ça me pose, ça me pose absolument aucun problème de leur expliquer.

Vanessa : D'accord.

Bernard : Mais euh, je me dis que de toute façon, fin, en médecine bah on va tous faire les choses un peu différemment, donc si on met tous notre grain de sel dessus, bon ben forcément ça pose un peu,

ça va poser problème et puis faut pas non plus casser sur... surtout que nous on sait pas exactement ce qui se dit en consultation avec nos proches donc des fois les médecins ils peuvent faire des choses qui nous paraissent bizarres alors que par rapport à, à ce qu'ils ont, ce qu'ils auront eu en consultation avec nos parents, notre sœur, notre machin, ben c'est ça qu'il fallait faire donc euh, possiblement, donc c'est, c'est difficile parce qu'on a forcément un regard qui est biaisé et euh, et puis on n'est pas lors de la consultation même au niveau, au niveau médical on sait pas exactement ce que eux ils ont trouvé, ce que eux en pensent par rapport au suivi. J'ai fait une seule prise en charge réelle, c'était vraiment une exception, c'était en traumatologie, c'était un de mes collègues qui avait de la, une entorse. Euh, alors à la fois, parce que c'était de la traumatologie où la conduite à tenir elle est assez euh, on va dire elle est assez basique, elle est assez euh, assez claire et que y'aura pas trop de réflexion à avoir,

Vanessa : Ouais.

Bernard : Puis en plus, y'avait euh, c'était moi qui le poussait pour qu'il fasse des examens, il m'avait un peu « oh mais j'ai pas le temps ! », donc là maintenant soit tu fais quelque chose, soit je fais plus rien. Donc par contre, je lui avais bien expliqué, par contre, je fais pas une ordonnance sur un coin de table, donc il est venu me voir chez moi, j'ai vraiment regardé son pied, tout ça, en plus j'avais vu son problème à la base, il était pas allé chez le médecin, donc moi j'avais un peu suivi son problème sur les quatre-cinq semaines, donc j'ai vu son pied, j'ai fait une ordonnance pour faire une radio, une échographie, et puis voilà, ça s'est arrêté là. Mais là ça m'a, si par exemple, s'il avait eu mal au ventre ou que ça aurait vraiment un truc un peu de réflexion, je lui aurais dit clairement non, mais là

c'était vraiment pour qu'il fasse euh, pour qu'il fasse ses examens parce qu'il avait un problème et puis après qu'il revoie le résultat éventuellement avec, avec son médecin si euh, voilà. Mais euh, mais voilà, parce que encore une fois, parce que ça me paraissait un peu basique et qu'il serait allé voir n'importe quel autre médecin, on aurait sans doute fait la même chose.

Vanessa : D'accord.

Bernard : Mais, par contre, tout ce qui est, c'est vrai que, fin voilà, sur un traitement, euh, pfff, c'est pas moi qui vais prendre la tension de ma mère pour adapter son traitement, quoi, ça c'est clair.

Vanessa : D'accord.

Bernard : Donc euh.

Vanessa : Et du coup, à qui tu acceptes de donner euh, des conseils, ou de répondre aux questions ou à l'inverse à qui tu refuses de, dire quoi que ce soit ?

Bernard : Alors, entre guillemets, c'est pas à qui, c'est comment c'est fait et pour les, les proches, que ce soit les amis ou la, la famille m'embête un peu, un peu moins. Mais euh, si je les ai, entre guillemets, dressés dès le départ, c'est-à-dire que évidemment en médecine, tout de suite on a, on est au restau, alors tout le monde qui, qui balance son petit truc, alors moi j'ai eu mal au poignet hier soir, qu'est-ce que c'est, machin, tout ça. Je leur ai dit, non, la, la médecine on fait, on a, on apprend ça pendant dix ans, et encore on se plante, donc on fait pas un diagnostic sur un coin de table, donc soit, soit on explique des choses qui peuvent s'expliquer assez rapidement où y'a pas besoin d'en savoir trop, et encore une fois c'est un conseil qui finit, ça peut être ça, ça et puis vas voir ton médecin pour en savoir plus de toute façon, euh, soit c'est euh, bah écoute, non là je peux pas répondre à ta question, donc euh, vas voir ton

médecin, mais euh c'est plutôt, c'est vraiment la manière dont c'est fait, mais je leur ai dit assez tôt donc du coup c'est pour ça que maintenant on m'em., on m'embête plus du tout avec ce genre de choses

Vanessa : Ouais.

Bernard : Parce qu'il faut, ouais, qu'ils comprennent que c'est un peu compliqué, que y'a des multiples de, de diagnostics, c'est euh, c'est, c'est énorme les possibilités et puis qu'on fait pas ça en cinq-cinq comme ça sur un coin de table donc euh, faut, faut, faut que ça rentre alors faut dire une fois, deux fois, trois fois mais au bout d'un moment, maintenant, quand ils me demandent des, c'est, c'est, d'ailleurs maintenant ils me demandent plus des euh, entre guillemets diagnostics, traitements, mais plus sur des, sur des euh, voilà, est-ce, est-ce que j'attends ou est-ce que je vais voir mon médecin tout de suite quoi, voilà.

Vanessa : Hum.

Bernard : Des trucs un peu plus basiques qui sont plus faciles à répondre, qui me gênent beaucoup moins euh, voilà mais parce que j'ai éduqué (*rire*) mes, mon, mon entourage en fait ! Voilà.

Vanessa : Et du coup comment tu vois l'avenir, euh, quand t'auras ton cabinet, euh, est-ce que t'accepteras d'être le médecin traitant de certains euh ?

Bernard : Clairement pas, clairement pas, je, alors toujours tout ce qui sera dépannage éventuellement pour euh, pour des bricoles, traumato, pourquoi pas, comme j'ai déjà fait mais après sûrement pas médecin traitant de quelqu'un que je connais euh... Voilà. Ça c'est, c'est

Vanessa : ça sera facile ?

Bernard : Ah bah oui puisque c'est déjà, fin ils le savent déjà donc, euh, non, non y'aura pas du tout

de médecin traitant ou quoi que ce soit. C'est, non, non c'est, ça c'est pas possible, on peut pas, donc euh, voilà. Après, ça, ça restera des avis, des, des petites discussions, ou alors du dépannage pour, mais toujours dans le cadre d'un dépannage, pas un suivi, fin suivi sur euh, fin, voilà, c'est, c'est pas possible.

Vanessa : Et quelles, quelles barrières en fait y'a euh, de se dire euh, fin je, je les prendrai pas en charge, qu'est-ce qui te fait dire ça ?

Bernard : Ah bah parce qu'on n'est pas, on n'est pas objectif si c'est des gens qu'on connaît. C'est, on n'est pas, déjà parce que, je pense que déjà eux ils peuvent avoir un blocage de leur côté ou, ou ils vont pas forcément tout me dire.

Vanessa : Oui.

Bernard : Moi, j'aurais peut être pas envie de tout savoir non plus (*rire*), y'a des choses, fin voilà, clairement, j'ai euh, j'ai quelqu'un qui vient me voir pour un euh... Imaginons, il a mal au ventre, il a un peu de fièvre, voilà je me dis si c'est un patient, je lui ferais un toucher rectal, si c'est mon pote, je vais pas pouvoir lui faire, bon ben... Alors c'est un peu un exemple un peu, un peu marquant mais y faut pas que la connaissance de la personne, ce soit une entrave au, au soin que je ferais d'habitude si je le connaissais pas donc c'est euh, c'est, ce serait dommage, ce serait une perte de chance pour lui, pour moi, pour tout le monde, fin, voilà. Donc ça c'est euh, ça c'est facile, c'est, y'a pas, non c'est du, c'est uniquement en dépannage, pas les trucs compliqués puis euh, puis après ils en reparlent au médecin traitant. Non, ça, ça, ça, ça, mais de toute façon, mais tout le monde serait bloqué, le, le, je pense que c'est, c'est dans les deux sens. A la fois moi je peux être bloqué, la personne en face peut être bloquée, donc euh,

voilà, j'ai pas à discuter de la contraception de ma sœur quoi.

Vanessa : Oui.

Bernard : Si elle veut savoir, je, je veux bien lui réciter mon cours sur la contraception, ça, ça me pose aucun problème ; là encore c'est de l'explication mais après je vais pas aller lui prescrire, lui prendre la tension, le poids, le machin, ah non ça c'est pas du tout de mon ressort.

Vanessa : D'accord.

Bernard : L'avantage, j'ai une sœur qui en plus risque pas de venir me voir pour ça parce qu'elle est très loin (*rire*), mais euh, mais ça serait pas possible, c'est un suivi qui est, c'est un suivi qui est, suivre ses proches ça me paraît euh, ça me paraît impossible.

Vanessa : D'accord. Et du coup, par rapport à, à l'expérience que t'as de ces conseils, de ces euh... mini-consultations sur un coin de table demandées, est-ce qu'il y a une fois où euh, finalement, tu t'es un peu planté euh, ou euh, ..., y'a eu quelque chose qui s'est pas passé comme t'aurais pu le dire au départ ?

Bernard : Bah non puisque ça a toujours été, euh, ça a toujours été entre guillemets minimaliste puisque les, c'est dans les, c'est soit c'est euh, c'est des amis pour des brouilles où de toute façon je peux pas me planter puisque je leur dis « écoute, ça peut être trois milliards de trucs donc vas voir ton médecin, à priori je peux juste te dire que c'est pas grave », fin voilà, après c'est toujours « a priori tu peux attendre un petit peu, des fois y'a des trucs qu'on n'explique pas, ça peut passer euh, voilà ». Donc mais, mais là, l'e., l'erreur est entre guillemets impossible parce que c'est pas euh, c'est sûr que si il vient me dire j'ai mal dans la poitrine depuis machin, ben appelle le 15.

Vanessa : Donc y'a jamais eu de (interruption)

Bernard : Mais non y'a pas eu de, y'a, y'a jamais eu de couac parce qu'entre guillemets c'est pas, c'est pour le moment, y'a, de..., pour, pour je parle de mes amis ça a toujours été très facile puisque, forcément ils sont jeunes donc y'a moins de risque de se planter sur des trucs et ça a toujours été pour des petites choses et de toute façon c'était soit je, je devais donner entre guillemets un temps de, « attends un petit peu, ça passe ou vas voir ton médecin tout de suite », donc euh, voilà, on peut pas, y'a pas euh, après je sais pas, je sais pas, je sais juste une fois si, un comment ça a terminé mais bon voilà, il est allé voir son médecin, il m'avait dit ce que le médecin lui avait dit et puis voilà quoi.

Vanessa : Et c'est ce que t'avais conseillé ou c'était euh ?

Bernard : Ah oui c'est ce que je lui avais là pour le coup, c'est ce que je lui avais dit, c'est faut aller voir son médecin qu'il fasse un examen, ouais ouais. Après, là où ça été une fois très compliqué, ou là en plus on peut difficilement se défiler, c'est euh, c'est un problème de grand-père qui a un, un rétrécissement au niveau d'une valve,

Vanessa : Oui

Bernard : Et, il lui est arrivé une espèce d'épisode un peu diff, donc il y avait son cardiologue qui le suivait très bien pour ça, moi je suis jamais allé lui écouter le cœur pour savoir, voilà j'ai voilà, j'ai toujours, bon, je le vois il se plaint de ses essoufflements de ses machins. Et il s'est retrouvé à avoir fait un malaise, il s'est retrouvé dans une clinique et il a vu un cardio qu'il avait jamais vu. Et dans la clinique y'avait un chir cardiaque qui avait dit oula faut l'opérer ! Et là, j'ai toute la famille qui me tombe dessus : « alors qu'est-ce qu'on fait, il faut l'opérer ou faut pas l'opérer parce que y'a le

chirurgien qui veut l'opérer, son cardiologue référent trouvait qu'il fallait pas spécialement l'opérer » ! Euh, lui il disait : « il faut l'opérer ! ». Et alors là tout le monde : « est-ce qu'il faut l'opérer ? ». Et devant le grand-père qu'est-ce que je fais ? Et alors là c'est très compliqué par ce que j'ai pas le dossier, euh... de mon grand-père exactement, fin, j'avais suivi je, là c'est euh, j'avais suivi un peu vaguement quand même ses problèmes de santé, euh, j'ai eu le chirurgien au téléphone, après j'ai mon ressenti de médecin qui revient, déjà celui qui le suit ne veut pas l'opérer et celui qui le voit une seule fois veut l'opérer ; déjà ça paraît un peu bizarre !

Vanessa : Hum

Bernard : Là j'ai été obligé de, donc l'avantage, c'est (*rires*) mon côté médecin généraliste qui a pu ressortir donc j'ai fait, j'ai plutôt recen. recentré un peu le débat parce que c'était un spéciali, fin c'était un problème de spécialistes qui leur parlaient de gradient euh, de gradient de pression entre le, le cœur et l'aorte, évidemment personne pigeait rien du tout.

Vanessa : Ouais.

Bernard : Moi j'en pigeais pas trop au début alors je suis allé me renseigner un peu sur mes sites références pour savoir de quoi exa, fin, un peu de quoi ils parlaient au niveau pour au moins pour savoir si y'avait vraiment des indications opératoires, si c'était formel ou pas. Et puis euh, et puis après recentrer un peu le débat quand même sur le grand-père parce que effectivement, ils ont, tout le monde avait oublié truc, c'est que, ils regardaient tous en fonction de l'échographie si faut l'opérer ou pas, c'est, j'ai dit : « écoute, faut voir en fonction de son ressenti déjà, parce qu'opérer quelqu'un de 90 ans, voilà donc, là c'est, on va dire je m'en suis sorti sur la, grâce, le côté

médecine générale où j'ai, c'est, l'avantage d'un grand-père qui en plus a toute sa tête, donc c'était facile, de dire euh: « c'est en fonction de ton envie, de tes, de tes symptômes, plus qu'en fonction de ton échographie

Vanessa : Hum

Bernard : Surtout à, à 90 ans. En plus j'étais passé en cardio, donc je savais un peu de quoi on parlait mais là, là c'est très compliqué parce que c'est des, au final, on peut, on peut botter en touche, on peut juste réexpliquer aux gens comment on peut recentrer un peu le débat sur la personne plutôt que de se baser juste sur les états d'âme d'un chirurgien qui, qui est là en gros pour dire si y'a des indications opératoires ou pas, après de sa., savoir s'il faut opérer les gens ou pas, c'est pas juste uniquement sur des indications opératoires, donc j'ai rappelé ça un peu à tout le monde, qui voilà, et après, bon, pour le coup il s'est pas fait opérer après mais euh... Mais euh, c'est que là c'est très compliqué parce que y'a des, des conséquences derrière donc faut vraiment expliquer et là c'est vraiment le côté médecin généraliste qui permet de s'en sortir parce que, parce qu'on, on a plus de notions au niveau de, au niveau de, des conséquences derrière, de ce qu'est une indication opératoire, de ce qu'est un chirurgien aussi euh, puis de savoir quand même que c'est, à la base c'est sur les, le ressenti des gens qu'ils doivent savoir si on opère ou pas et pas uniquement sur, sur une indication ou une échographie quoi !

Vanessa : Et du coup-là, qui a décidé euh, qu'il n'y aurait pas d'opération ?

Bernard : Ben c'est mon grand-père ! Alors réellement, en, en dessous il est persuadé que c'est moi, et en fait c'est lui ! C'est-à-dire que j'ai essayé, j'ai expliqué tous les, les, les, alors bien expliqué les problèmes, après, c'est, dans le, dans

le sens j'ai expliqué pour dire qu'on ne peut, on ne peut pas savoir en fait. Ce que tout le monde veut dans ce genre de choses c'est : alors si on l'opère, est-ce qu'il va respirer normalement ? Et on l'opère, est-ce qu'il va mourir sur la table d'opération ? Je leur ai expliqué oui, peut aussi le l'o., l'o., l'opérer, tout se passe bien, il fait un infarctus deux mois après et pendant deux mois il sera en SSR au lieu d'être chez lui, donc là au final, j'ai juste recentré le débat sur le grand-père, qui voulait pas spécialement se faire opérer par rapport à ses symptômes et euh, comme je lui avais expliqué en gros, si tu veux te faire opérer par rapport à ces symptômes, tu y vas, si tu veux pas, t'y va pas, et qu'il a dit ben finalement, j'veux pas. Pour lui, c'est moi qui ai décidé alors qu'en fait lui.

Vanessa : Hum.

Bernard : Entre guillemets, et je pense que c'est le, fin c'est ce, là, pour le coup c'est, c'est le, c'est les explications, c'est toujours encore, j'étais surtout dans les explications si je pense que sur le ressenti de la famille, ils ont dit : « Ha il voulait pas l'opérer », alors que j'ai jamais dit ça du tout ! J'ai juste dit qu'il fallait que ce soit vraiment le grand-père par rapport à ses, à ses symptômes, à son ressenti qui euh, qu'il se fasse euh, il prenne sa décision !

Vanessa : Et t'as eu peur des reproches de euh ?

Bernard : Non, pas du tout

Vanessa : Des autres personnes

Bernard : Puisque je savais parfaitement ce que je disais en fait. Ça devait dire que si, il aurait très bien pu mourir dans l'été, ils auraient pu tous me tomber dessus, je n'avais strictement aucun problème puisqu'à aucun moment j'ai dit : « il faut pas l'opérer ou veto du tout ! ». J'ai toujours dit qu'il fallait voir avec lui, voir par rapport à son ressenti et qu'il, qu'il nous explique son, son, son

truc, parce que de toute façon, là entre guillemets en gériatrie, c'est, c'est facile dans le sens où y'a tellement de, de possibilités de, d'absence totale de certitude que, la, la mei. la meilleure solution, personne la connaît. Donc autant demander euh, au moins que le papi soit d'accord !

Vanessa : Hum

Bernard : Parce que si jamais on, on l'envoie se faire opérer et puis que pendant trois mois il a mal et qu'il nous dit « j'aurais jamais dû me faire opérer machin, puis qu'il meure derrière, on, on est mal, tandis que là, pouvait lui, lui arriver entre guillemets n'importe quoi, c'était sa décision à lui quand même.

Vanessa : D'accord.

Bernard : Mais euh, mais voilà, après c'est sûr que, quand on va, voilà, mais c'est pfff, entre guillemets avec un patient, ça aurait été là pour le coup vraiment la même chose, c'est-à-dire que, c'est des décisions qui sont pas faciles donc faut savoir de quoi on parle.

Vanessa : Parce que là du coup, pour une décision comme ça, tu l'au, t'au, tu aurais trouvé aucune différence d'avec finalement, la prise en charge d'un patient lambda ?

Bernard : Là, j'ai, j'ai, je l'ai enlevée là, pour un, pour un patient, je sais pas si je serais allé aussi loin dans les recherches mais j'aurais tenu le même discours. D'ailleurs mes, mes, les recherches je le ai un peu expliquées à mes parents parce qu'au final, c'est une question... mais euh, mais il fallait, non non, au niveau du discours j'aurais vraiment eu le même, c'est-à-dire recentrer le débat sur euh, la personne, euh, ne pas oublier l'incertitude de la gériatrie et des opérations cardiaques après 90 ans (*rires*) euh, voilà, euh... et puis euh, et puis ça j'aurais fait vraiment pas pareil. Au niveau recherche, peut-être pas mais au final ça n'a pas

tellement influencé le, le, le problème puisque j'ai juste rappelé en fait que la personne qui doit décider qui doit se faire opérer c'est pas le chirurgien, mais le patient. Le chirurgien, il est là pour dire, il y a une indication opératoire donc statistiquement euh, si on opère le patient sur cette indication, on doit l'améliorer sur des statistiques. Mais la personne n'est pas une statistique, on sait pas de quel côté elle sera donc voilà.

Vanessa : Bien sûr !

Bernard : Donc faut juste rappeler la base aux gens en fait mais comme on pourrait le rappeler à certains médecins parfois. Mais euh bon, après, ça c'est euh, voilà après, si il s'est passé ce qui s'est passé, donc pour le moment tout va bien. Alors c'est sûr que si, si y'avait eu un problème, je pense que y'aurait eu, y'aurait eu des explications à donner mais entre guillemets, je les ai déjà données et tant que ça vient de la personne, ben voilà.

Vanessa : Et t'as eu l'impression d'avoir plus à te justifier que euh, avec par exemple l'entourage de l'un de tes patients euh,

Bernard : Non

Vanessa : Qui serait venu te poser

Bernard : Ah non, non parce que là j'ai expliqué et puis y'a personne qui est venu me poser des questions derrière. Je pense qu'avec, avec euh, pt'être d', d'autres patients ça aurait pt'être posé plus de problèmes. Après l'a., l'avantage, c'est que je, l'avantage c'est, c'est d'avoir affaire à une personne, fin, un grand père qui a encore toute sa tête donc, voilà.

Vanessa : Hum.

Bernard : Mais euh...

Vanessa : Et quelle place tu donnerais à l'affectif, aux émotions pour les, dans ces moments là ?

Bernard : Et ben le, le but c'est que y'en ait pas en fait hein ! Don faut rester euh, si on donne un conseil on doit donner le conseil comme si c'était un patient, sans prendre les 23 € en plus (*rire*) !

Vanessa : (*rire*)

Bernard : Mais euh, du coup euh, du coup, y'a, théoriquement, il doit pas y avoir d'affect ! Fin, de l'empathie c'est tout. Etre euh...

Vanessa : Alors ça c'est théorique mais en, en réalité ? Est ce qu'on arrive à ?

Bernard : Bah en réalité je pense que si c'était pour des euh, problèmes plus compliqués que gérer juste une entorse de cheville ou savoir si euh, si un jeune 23 ans qui a mal au cou depuis une semaine doit aller aux urgences tout de suite ou voir son médecin dans deux semaines, euh, là ça deviendrait compliqué parce que, euh, parce qu'on aurait peur de décevoir. Ce qui arrive je pense, je pense que le problème des proches, ça arrive peut-être la même chose avec des patients qu'on connaît bien ou qu'on, ou, ou auprès desquels on a déjà été bon. C'est-à-dire le patient qui vient vous voir, c'est arrivé, ça m'est déjà arrivé récemment. Un patient qui revient au cabinet juste pour dire : « Ha Docteur, vous avez été bon ! ». Tu te dis : « mince, la prochaine fois faut pas que je me loupe parce que (*rires*) je pars d'un certain niveau et je pense que ça, là après c'est de la prise en charge qui ressemble un peu, le, la prise en charge de, de, la prise en charge d'un, de quelqu'un qu'on aime. Je pense que si on est, si on est dans l'affectif, après on a, on a, on va avoir envie de trop bien faire, faire trop, euh, et ça peut être néfaste après. Donc c'est, c'est difficile, mais faut essayer, fin, c'est pour ça qu'il faut se limiter à la, à la base parce qu'après oui les, les affects vont prendre le dessus quoi c'es euh, c'est si on fait, fin voilà clairement, si euh, si euh, si j'ai un patient

dans mon cabinet qui a mal dans la poitrine, je lui fais un électrocardiogramme, j'ai un SCA et j'ai aucun problème, j'appelle le 15, je lui voilà, le monsieur, pas de problème. Si je me retrouve avec mon père dans le fauteuil qui fait son SCA, ce sera peut-être plus difficile, y'aura pt'être plus de panique ou de voilà... Peut-être que je vais oublier de leur donner l'adresse par téléphone, donc là je vais, je vais me, justement parce qu'il y a l'affectif

Vanessa : Hum, hum

Bernard : qui prendra le dessus, les émotions, du coup le stress, et du coup ça fait qu'on fait mal les choses. Donc c'est pour ça qu'il faut euh, il faut rester basique dans la prise en charge.

Vanessa : D'accord. Et euh..., Donc toi au final tu dis que..., on soigne pas ses proches quoi !

Bernard : Ouais ! Ouais, ouais non !

Vanessa : Et tu penses que c'est quelque chose qui peut évoluer euh,

Bernard : Non

Vanessa : par exemple quand tu auras des enfants ou euh,

Bernard : Ah les enfants, alors les enfants je me suis pas trop posé la question... Euh... Pff, ça va, ça va être dur, parce que en général je crois malheureusement qu'on doit arriver à soigner un petit peu. Mais encore une fois pour les, pour la, la base, c'est-à-dire s'ils ont de la fièvre, je pourrais me dire euh, bah avant de, avant de faire un examen on va attendre trois jours ou cinq jours euh... Après voilà, faut, encore, faut, c'est toujours pareil, faut que ça reste quelque chose de très, de très basique. Si par contre ça devient euh, si par contre ça devient très com., très euh, fin, si ça devient compliqué, ou qu'il faut qu'il y ait un suivi ou autre chose, là faut voir plutôt un autre médecin.

Vanessa : Hum.

Bernard : Et sinon euh... Après les, les enfants soignés par leur propre parent médecin, ça peut, ça peut être dangereux (*rire*) parce qu'on panique moins que les autres parents parfois.

Vanessa : Ou l'inverse.

Bernard : C'est pour ça que ça peut être bien. Ah l'inverse ? Ah je crois pas, je pense qu'on a plutôt tendance (*rire*) à paniquer moins quand même.

Vanessa : Hum.

Bernard : C'est pour ça que ça doit être intéressant d'avoir une femme qui est pas médecin justement. Ça revient un peu, ça tem., ça tempore un peu les deux. L'inverse j'y crois pas trop, qu'un médecin panique plus pour ses propres gosses ? Ouais là non. Fin, c'est possible hein, c'est pas impossible, de se, pourquoi pas ! Mais euh, mais à ce moment-là c'est, alors là faut pas du tout qu'il les suive quoi, parce que sinon c'est une catastrophe ! Mais même d'attendre trop ou de, de pas, pas assez paniquer comme un parent normal, ça peut être une catastrophe ! Donc c'est pour ça que je pense que pour les, les enfants c'est toujours pareil, ce sera, faut la base, c'est euh, c'est on attend un peu pour de la fièvre après savoir si, s'il faut faire un examen ou pas, après éventuellement voir, voir un autre médecin pour avoir son avis un peu plus euh, un peu plus posé. Ouais, non ça me cho., ça me choquerait pas d'avoir un médecin pour euh, pas forcément un pédiatre d'ailleurs, voir, d'avoir un médecin généraliste pour soigner mes enfants. Bon après c'est vrai que je risque de supprimer beaucoup d'antibiotiques derrière et d'ADVIL©.

Vanessa : (*rire*)

Bernard : Et moi j'aurais mon avis, entre guillemets

Vanessa : Ouais mais, que, un soir à 20h30 en rentrant de consultations, la fièvre !

Bernard : Ben la fièvre, euh...

Vanessa : Tu euh, ou le gamin qui a été malade toute la journée ?

Bernard : Ah bah, là ouais mais c'est

Vanessa : Tu penses que t'arriveras à dire euh

Bernard : Ah, Ah ben 20h30 par contre, non je vais pas me, ben je préférerais l'examiner pour pas euh, pour pas euh, pour pas qu'on ai envie de partir aux urgences et se taper cinq heures du truc ou voilà !

Vanessa : Hum.

Bernard : Pas de problème, non non, on lui fait un cou pour savoir s'il y a un syndrome méningé, s'il y a des pétéchie et puis après la pédiatrie pour moi, c'est euh, entre guillemets basique aussi, donc c'est soit urgent ou soit t'attends donc euh, 21h30 il faut espérer qu'il puisse attendre (*rire*).

Vanessa : (*rire*)

Bernard : Parce que, effectivement, j'aurais pas envie de, d'aller aux urgences non.

Vanessa : Hum.

Bernard : Mais dur, ouais, les enfants posent peut-être plus problème du fait qu'ils demandent beaucoup de consultations qui servent à rien euh... Mais après voilà, voilà, pour la base c'est toujours, toujours, toujours la même chose pour la base euh. Alors après il faut savoir à quel niveau mais la base mais les, les enfants, heureusement il leur arrive pas grand-chose.

Vanessa : Hum.

Bernard : Effectivement si euh, si, si c'est des petites choses, oui et puis dès qu'il y a des questions ou c'est des suivis, où on sait pas trop, bah là voir un autre médecin, voir ce qu'il en pense.

Vanessa : OK. Très bien, bah merci !

Bernard : Ben de rien.

...

Entretien N° 7

Vanessa : Quelle est votre expérience personnelle concernant la prise en charge de vos proches ?

André : Ben, si vous voulez moi c'est quelque chose qui, quand les enfants étaient petits, j'ai eu trois enfants, quand les enfants étaient petits, bah, chaque fois qu'ils étaient malades c'est moi qui m'y collais hein.

Vanessa : Oui.

André : Voilà euh... Alors l'expérience que j'en ai bah c'est que euh... Les pauvres, ils avaient pas toujours le droit aux conduites à tenir euh... réglos hein !

Vanessa : Oui.

André : Par exemple, un jour mon, mon fils était à côté de moi, et puis je lui caressais la tête et puis je vois qu'il a un mouvement d'évitement comme ça, de, de retrait, je lui dis : « mais qu'est-ce qu'il t'arrive, t'a mal ? » etcetera... J'avais complètement oublié que je lui avais mis un point de suture euh, un mois auparavant et puis je lui avais laissé !

Vanessa : (rire)

André : Donc il avait, c'était un petit peu inflammatoire évidemment et lui il pensait que c'était normal que je le laisse quoi !

Vanessa : D'accord. Et qu'est-ce qui a fait que vous avez oublié de... ?

André : Bah je suppose parce qu'on est plus attentif euh, probablement aussi à nos patients et à notre vie professionnelle que, que, que, que... À la fois quand les gens, quand les, quand les, quand les proches sont, sont, sont souffrants, euh c'est... Fin, moi j'ai souvent un petit agacement quoi hein ! Ça me, ça me, ça m'irrite, voilà, donc je, je m'en occupe mais faut que ça, idéalement, faut que ça rentre vite dans l'ordre

Vanessa : D'accord.

André : Hein !

Vanessa : Donc en suivant pas toujours la conduite qu'on aurait pu avoir avec nos patients au cabinet ?

André : Ha bah non, ça c'est sûr ! Oui oui oui !

Vanessa : Et du coup, qui est-ce que vous acceptez de prendre en charge euh... au niveau de vos proches ?

André : Bah, tous ceux qui ont besoin.

Vanessa : D'accord.

André : C'est-à-dire surtout, bah, évidemment s'ils ont, entre le conseil l'examen c'est pas, c'est pas la même chose hein !

Vanessa : Oui.

André : Hum... Je me souviens de mon fils qui avait un tableau euh... un magnifique tableau appendiculaire à priori, euh... bon, sa mère est médecin et avait pas trop envie de lui faire un toucher rectal, elle m'a appelé, je suis allé le voir la nuit, je lui ai fait un toucher rectal pour vérifier que c'était effectivement euh, euh... pas du tout appendiculaire, que c'était une, une grippe carabinée et que, tous les symptômes typiques qu'il avait, étaient simplement liés au, au fait que les, les, les ganglions abdominaux

Vanessa : Ouais

André : étaient gonflés et puis donnaient un tableau euh, avec la douleur au Mc Burney etc. etc. quoi !

Vanessa : Donc, vous englobez dans vos proches : famille, amis proches euh ?

André : Oui les amis aussi, oui effectivement quand ils me..., quand ils me demandent, c'est pas toujours euh, très... Là aussi, faut pas qu'ils soient trop... trop, trop emmerdants hein, faut pas que

Vanessa : Vous avez l'impression qu'ils, que les demandes sont insistantes quand ça vient de quelqu'un qui est proche ?

André : Non, pas nécessairement... Non, non.

Vanessa : D'accord.

André : Non, non. Mais c'est moi qui me laisse faire quoi, parce que

Vanessa : D'accord (*rire*) !

André : je pourrais très bien les renvoyer dans leur

Vanessa : Ouais

André : Par exemple mon ex-épouse, euh, mon ex épouse euh, euh, comme je vous l'ai dit est médecin et bon euh, elle a fait une maladie grave. Du jour où j'ai appris qu'elle avait cette, cette maladie grave, euh, et de toute façon elle m'a sollicité, euh, je suis redevenu son médecin traitant le temps de... remettre en route euh...

Vanessa : D'accord.

André : tout ce qu'il fallait remettre en route

Vanessa : Hum.

André : bon, depuis j'ai pas de nouvelles, donc c'est que ça doit aller mieux (*sourire*) mais voilà, donc c'est,

Vanessa : D'accord.

André : c'est un petit peu... (*silence 5sec*)

Vanessa : Et, est-ce qu'à l'inverse, il y a des personnes que vous avez eu refusé de prendre en charge, concernant vos proches ?

André : (*silence 3sec*) Non je crois pas !

Vanessa : Non !

André : Non, j'ai pas le souvenir d'avoir refusé euh...

Vanessa : D'accord. Et vous estimez être déclaré médecin traitant pour combien de vos proches ?

André : Oh les enfants, mais vous savez médecin traitant c'est... faut, quand on est installé depuis 25 ans euh... D'abord, on n'est pas très content de l'appellation banalisée, banale, de médecin traitant pour une euh... C'est une, c'est une source de confusion, hein ! Mais bon, vu ceux qui nous ont pondu ce truc, on, on n'est pas étonné qu'il soit

confus, n'est-ce pas ? Mais euh... Euh... Donc j'aime pas du tout, du tout l'appellation médecin traitant !

Vanessa : D'accord.

André : Euh... Mes gamins par exemple euh..., pour des raisons purement fonctionnelles parce qu'ils ont pas envie de s'embêter avec la sécu, le machin, le bidule, je suis leur médecin traitant et bien volontiers pour euh, pour que ça glisse hein !

Vanessa : D'accord.

André : C'est le côté fonctionnel et administrativo-fonctionnel. Après euh, ils se débrouillent plus ou moins mais enfin en général, quand ils ont un souci, mon fils travaille en Belgique par exemple, quand il m'appelle euh, au timbre de sa voix, je sais que, il a quelque chose à me demander parce qu'il a un souci !

Vanessa : Ouais.

André : Euh... Ma fille aînée est infirmière, euh, ça fait, donc elle a eu un petit, un petit bébé y'a six mois, bon euh, quand le gamin va pas bien et que elle a, elle sait plus trop, parce qu'elle a consulté à droite, à gauche, etc. Ben elle m'appelle, et puis elle me demande mon avis.

Vanessa : D'accord.

André : Et ainsi de suite !

Vanessa : Et du coup, vous évoquez le, l'histoire de votre fils, avec le point qui était resté un mois, est-ce que euh... d'autres euh... témoignages ou histoires de, de fois où ça se serait moins bien passé euh ? Où ça aurait moins bien marché qu'on aurait pu l'espérer quand on a pris en charge un de ses proches ?

André : Euh... Oui, ma, ma, ma, ma fille, ma dernière fille, qui, qui avait euh, qui s'était fait une plaie de la lèvre.

Vanessa : Oui.

André : Euh... Et que j'ai, j'ai voulu recoudre moi. Alors moi, quand mes gamins sont malades de toute façon, quand ils se faisaient mal, j'avais, j'avais un réflexe de colère d'abord hein, j'étais pas content qu'ils se soient fait mal donc j'étais en colère !

Vanessa : D'accord.

André : Donc ils se prenaient une bonne rincée déjà pour commencer, ce qui est pas très futé mais enfin bon mais c'est comme ça. Et puis après bah, je, et je, je me souviens que ça a été, ça a été une séance absolument épouvantable, que c'est pas une suture, là sur la lèvre d'une petite... Sa mère la tenait, c'est moi qui la recousais euh, bon... Voilà, on aurait pu s'abstenir, l'embarquer dans un service d'urgence, voilà ça, j'ai ça en mémoire comme un regret. Maintenant je l'ai bien recousue puisque le bord libre est nickel (*sourire*) !

Vanessa : (*sourire*)

André : Donc y'a pas de problème, mais !

Vanessa : Et qui est-ce qui, qu'est-ce qui a fait que finalement, euh... à ce moment-là, vous avez décidé de le faire vous et de pas l'adresser à un de vos confrères ? ... C'était une condition, à une date, un horaire de la semaine était euh... plus difficile ?

André : Oui, c'était bah, c'était une, c'était un soir c'est sûr euh... J'ai, j'ai le souvenir d'avoir emmené ma fille la p., l'aînée qui s'était brûlée, dans une clinique, à l'époque que j'habitais à la Croix-Rousse. L'interne qui l'a reçue, c'était absolument dégueulasse ce qu'il faisait euh... C'était pas du tout propre, rien du tout. Bon vous savez que les soins de brûlures, c'est censé être propres !

Vanessa : Bien sûr.

André : Donc je me souviens que je m'étais, je m'étais énervé ! Je l'avais engueulé, je lui avais passé un savon, puis finalement j'avais rembarqué ma gamine et c'est moi qui...

Vanessa : Hum...

André : Voilà, qui ai fait après secondairement quoi !

Vanessa : Donc vous manquiez un peu de confiance dans les personnes, à qui, sur qui pouvait tomber votre fille, si elle avait..., par rapport à la plaie ?

André : (*silence 5sec*) Ah je crois que, c'est, c'est pas nécessairement un truc de confiance, mais enfin bon c'est, c'est vrai que j'avais, j'ai, j'ai, j'ai en tête, là vous, vous me, vous me faites penser à ce, à ce truc-là mais ça m'a pas non plus traumatisé, j'yi repense là maintenant parce que vous m'en parlez.

Vanessa : Bien sûr.

André : Mais euh, non, d'une manière générale euh, c'est simplement que je, j'ai... peut-être une... peut-être une sorte de disponibilité aussi par rapport aux gens de ma famille qui, du fait que voilà, je, je vais, volontiers, volontiers les , les secourir quand ils sont pas bien

Vanessa : Hum

André : Euh, et puis en même temps euh, comme j'ai horreur de la plainte, je les revois plus dès qu'ils vont mieux hein, on n'en parle plus ! Voilà.

Vanessa : Et du coup, votre fille, quand elle s'était ouvert la lèvre, vous vous souvenez à peu près si c'était un jour de semaine, de week-end euh... ? Si vous aviez beaucoup de travail à ce moment-là ?

André : Il me semble que c'était en soirée euh... Voilà donc, à l'époque on, on vivait plus dans le village, on avait le, le , le , le cabinet était dans la cour d'une ancienne ferme donc on, on occupait la maison principale devant l'entrée et le cabinet était dans la cour donc c'était sur place donc euh, voilà. Euh, donc y'avait un côté immédiat, pratique euh...

Vanessa : Vous l'aviez amenée dans le cabinet, dans la salle de consultation pour lui faire ?

André : Oui oui absolument, oui, oui.

Vanessa : Hum.

André : Mais euh... Bon, voilà et puis simplement c'est que ben les trois, les deux euh... trois gamins, les deux, les deux premiers adoraient quand on jouait au docteur et qu'on les examinait, qu'on sortait tout le matos et ils se laissaient bien faire... La petite, il fallait évidemment après, il a fallu lui tendre des pièges chaque fois qu'on voulait l'examiner, qu'on sortait le stéthoscope ou quoi que ce soit !

Vanessa : Ah ouais !

André : Elle, elle se sauvait et...

Vanessa : Et c'était par rapport à cette mauvaise expérience ?

André : Bah je pense, j'ai souvent pensé, oui, oui, j'ai souvent pensé que c'était ... particulièrement ça qui l'avait euh... qui l'avait traumatisée. D'autant que je vous dis encore une fois, je, je, quand mes enfants se blessent je les, je les engueule, donc je me souviens qu'elle était toute petite et à la fois je la recousais en l'engueulant quoi donc euh

Vanessa : D'accord.

André : C'est pas, vraiment pas futé ! C'est pas, pas génial, mais bon !

Vanessa : Et quelle place vous donneriez (interruption)

André : On peut s'améliorer !

Vanessa : à l'émotion, à l'affectif, dans la prise en charge de vos proches ?

André : Ah bah ça de toute façon c'est quelque chose qui est, c'est comme un exercice supplémentaire de, de, de mise à distance hein ! Notre, tout, tout l'exercice professionnel des, des soignants c'est de savoir être dans une certaine distance, parfois euh... donc euh... Ça veut dire par

là que... J'ai toujours, j'avais, j'ai toujours eu en tête le, le souvenir d'un médecin euh, dans une petite ville de l'Ain, que je, je remplaçais avant de m'installer et euh... qui avait une famille nombreuse et il avait un gamin un soir qui était, qui était souffrant, qui avait de la fièvre, qui était alité. Et euh... bon... Voilà. Pour lui c'était, il a dit à sa femme, file lui, file lui de l'EFFERALGAN®, du DOLIPRANE®, ça ira mieux demain etc. etc.

Vanessa : Hum.

André : Manque de pot, le gamin fait une méningite et il est mort... Donc euh, j'avais toujours aussi, ça c'est une histoire qui m'a, qui, qui m'est, qui m'est toujours restée en tête.

Vanessa : Oui

André : Donc ça veut dire aussi que quand... Les suites sont peut-être pas très rigoureuses, mais en tout cas quand je prenais quelqu'un de ma famille, je faisais attention, de, de, de lui faire un examen très complet, etc. etc. D'une part parce que ça, ça, ça rassure beaucoup les gens, c'est comme les soignants hein ?

Vanessa : Oui.

André : Souvent quand on, on soigne des infirmières ou des kinés ou des trucs comme ça, y'a rien de pire que de dire à bah vous êtes du métier donc j'écourte tel aspect du, du soin, j'écourte tel aspect de l'examen clinique, vous avez l'habitude etc. etc. Ça c'est, ça les fragilise beaucoup, ça les, ça les stresse beaucoup, au contraire, faut être, faut redoubler de, de protocoles, de

Vanessa : Vous prenez garde à bien faire les choses euh

André : Absolument ! Bien comme il faut, et tout, et tout et tout.

Vanessa : Et cette histoire, ça datait d'avant votre installation, fin, euh... ?

André : Non j'étais installé déjà.

Vanessa : Oui.

André : C'était au tout début, ça faisait peut-être euh... Oui, elle devait peut-être, je devais peut-être être installé depuis trois-quatre ans, troisième ou quatrième année d'installation, mais j'avais fait plusieurs années de remplacement avant.

Vanessa : D'accord. Et, en, en reprenant l'histoire de votre petite fille, est-ce que du coup, cet évènement qui s'était passé, le fait que ça avait été insupportable cette suture, est-ce que ça a changé par la suite votre pratique de vos relations euh avec vos proches ?

André : Bah du coup je m'étais dit que la fois d'après, si à nouveau ce genre de truc surviendrait, je m'abstiendrai et que je passerai le relais bien sûr. Mais euh... Bon, ça ne s'est pas reproduit donc euh, voilà.

Vanessa : Et du coup alors qu'est-ce qu'on fait ? On s'occupe de nos proches, on s'en occupe pas ? Quelle est votre ... avis ?

André : (*silence 5sec*) Il faut... bah, moi personnellement, je, je vous dis, je, je... Si les gens me demandent je, je m'en occupe tout le temps, hein, ça c'est sûr. Euh... Jusqu'à ce qu'ils se retrouvent sur des rails qui font que après on peut passer la main ou qu'on voilà. Mais tous les, tout ce qui est vécu comme, comme aigu euh...

Vanessa : Hum.

André : Urgent, euh, etc. etc., bon je, je, je, je réponds présent en général. Mais c'est sûrement pas, c'est, c'est, c'est loin d'être l'idéal. C'est moins emmerdant à mon avis quand même en famille que les relations amicales, que les, que les, ou simplement les relations euh... Ou même pas amicales mais simplement quand vous êtes invité euh... Voilà, vous êtes invité dans un, dans un restaurant avec des gens que vous connaissez pas bien etc. etc., le fait même d'être médecin, on vous

emmerde quoi, on vous bombarde de questions etc. donc euh... Je disais plus que j'étais médecin moi...

Vanessa : Ah oui !

André : Quand on me demandait ce que je faisais, euh... j'inventais des trucs ! J'essayais de le dire en douce pour pas que : « qu'est-ce que tu racontes ? » !

Vanessa : (*rire*) Et du coup quand on prend en charge un de ses proches, qu'est-ce qui peut rendre une déf., une décision différente d'avec un autre de vos patients euh...lambda ?

André : (*silence 10sec*) J'ai toujours eu la chance que, au total ce soit des trucs relativement bénins, ou qui se, ou qui se règlent rap., bien ! Donc euh... Peut-être que j'aurais donc euh, bon, y'a pas de... Pour moi ça n'a rien changé ! Euh... Voire même, au contraire, encore un petit peu de, fin, le, le, le, le souci d'appliquer les, les, les procédures à la rè., euh... bien précisément etc. etc. Mais euh... Voilà, j'ai eu la chance jusqu'à présent, ça a jamais été des choses très très graves euh... J'ai jamais eu à, à faire de... de diagnostics de maladies euh... évoluées, des cancers, des trucs comme ça. Euh... C'est arrivé en famille, vous savez on, vous voyez un, voyez un truc sur la peau euh... Bah vous dites, vous dites : « tiens dis donc ton truc là c'est depuis quand, machin, niania... ? Ben faut que t'ailles voir un dermato rapidement ». Bon, voilà. Mais ça c'est des, c'est du, c'est du, je considère ça comme du bénin. Donc euh... voilà. Oui, j'ai jamais eu de, de situation, de, de gravité.

Vanessa : D'accord. Très bien. Et bien je vous remercie de votre participation.

André : Je vous en prie.

Entretien N° 8

Vanessa : En ce qui vous concerne, ça fait combien de temps que vous êtes installée, que vous êtes dans le coin ?

Laure : Dans le libéral ?

Vanessa : Oui.

Laure : Euh, 2008, huit, six ans ! ça va faire six ans là, là dans un mois.

Vanessa : Et vous avez toujours été par ici dans ?

Laure : Non, non. Avant j'étais à l'hôpital de Villefranche.

Vanessa : D'accord.

Laure : J'ai été hospitalière pendant sept ans.

Vanessa : D'accord. Pour vous, quelle est l'expérience que vous avez euh, du point de vue personnel de la prise en charge de vos proches ?

Laure : (*rire*) Aucune parce que je refuse de les prendre en charge.

Vanessa : D'accord.

Laure : C'est simple ! (*rire*) Oui je, j'évite. J'évite parce que on est toujours un petit peu euh... Il y a la facilité ; les proches ont la facilité de demander l'avis au, à ce médecin qui est tout près, dans la famille, qu'on va voir le dimanche pour le repas du dimanche mais l'avis de, l'avis qu'on peut donner, n'est pas toujours euh, vraiment euh, pris en compte ou pris sérieusement.

Vanessa : D'accord. Oui.

Laure : Alors c'est, et puis bon je, je considère quand même qu'il y a un côté euh, le côté émotif, le côté, cet engagement que nous avons dans, enfin en fonction du degré hein, de, de liaison familiale mais euh, je, je pense que c'est pas une bonne chose.

Vanessa : D'accord.

Laure : Parce qu'on peut être aussi en tant que médecin amené à être, à ne pas faire les choses si correctement qu'on le devrait. Euh, c'est-à-dire

que, quand on a un patient au cabinet, psychologiquement je pense qu'on est, on est amené à se mettre dans une position de, de, en état de veille. On écoute, on regarde,

Vanessa : Oui.

Laure : Euh voilà et euh... Quand on est à la maison, on est un dimanche, on est, ça va pas hein, on n'est pas tout à fait dans les, dans les mêmes dispositions, je pense qu'on peut rater des choses. Alors est-ce que les proches peuvent se faire suivre au cabinet ? Oui, probablement.

Vanessa : Ouais.

Laure : Aussi, y'a des médecins qui le font. Mais euh... Est-ce qu'on dit si, si des fois on doit euh, on, on doit dire quelque chose de désagréable à un patient qui concerne euh, son hygiène de vie

Vanessa : Hum.

Laure : qui concerne, euh... sa diététique, qui concerne ses habitudes, est-ce qu'on les dirait de la même façon, on les dirait aussi facilement à un proche qu'on le dit à quelqu'un qui n'est pas un proche ?

Vanessa : Oui.

Laure : Et ben voilà, c'est toutes ces raisons qui me font moi, éviter totalement de prendre en charge des proches.

Vanessa : Donc vous n'en prenez aucun.

Laure : Alors si, je vais pas mentir, je suis mon mari

Vanessa : D'accord.

Laure : et mes enfants.

Vanessa : Ouais

Laure : Mais euh, y'a pas grand-chose à prendre en charge pour l'instant. Je pense que si les choses se corsaient un petit peu au niveau santé, je passerai la main.

Vanessa : D'accord.

Laure : Je pense. Voilà, mon mari n'est pas malade, mes enfants non plus. Et d'ailleurs quand ils

étaient petits, ils avaient toutes les vaccinations, c'était un confrère qui les faisait.

Vanessa : D'accord.

Laure : C'était pas moi.

Vanessa : D'accord.

Laure : Donc voilà. Pour régler un nez qui coule, c'est pas très compliqué.

Vanessa : Ouais.

Laure : Si les choses se corsent un petit peu, j'ai tendance très facilement à passer la main.

Vanessa : D'accord.

Laure : Je préfère séparer les choses. Voilà.

Vanessa : Et dans le mot proche, vous englobez famille et amis proches également ?

Laure : Alors les amis euh... Non les amis je ne les prends pas en charge non plus.

Vanessa : Non plus ?

Laure : Non plus. Alors j'ai un ami que je prends charge mais c'est un autre médecin.

Vanessa : D'accord.

Laure : Qui euh, qui a souhaité avoir un médecin généraliste référent.

Vanessa : Oui.

Laure : Parce que lui, il est psychiatre. Euh... Mais c'est tout.

Vanessa : D'accord.

Laure : Non je prends pas de pro., d'a., d'amis en charge, non plus.

Vanessa : Donc au niveau des déclarations, de ce qu'on appelle médecin traitant

Laure : Ouais

Vanessa : vous n'avez finalement euh, que votre époux euh...

Laure : Voilà.

Vanessa : de déclaré en médecin traitant

Laure : moi-même

Vanessa : Et vous-même

Laure : Et puis cet ami, voilà. J'en ai trois.

Vanessa : D'accord.

Laure : (*rire*) Voilà. Trois proches.

Vanessa : Et du coup parmi ces proches, ça s'est toujours bien passé ? Est-ce qu'il y a des moments où ça s'est moins bien passé justement avec tous les facteurs que vous évoquiez jusque-là qui pouvaient biaiser la relation ?

Laure : Je pense que ça se passe bien parce que tout simplement euh, je suis quelqu'un d'assez franc, un certain franc-parler et parce qu'il n'y a pas eu d'enjeux médical.

Vanessa : Jamais ?

Laure : Je pense, pour l'instant. Mais euh... Oui je, je, je sens par exemple que mon mari euh, qui est un très très mauvais patient parce qu'il n'a jamais eu quoi que ce soit en problème de santé euh, aurait tendance à se méfier de ce que je vais lui dire, ou à ne pas faire confiance dans ce que je vais lui dire. « Ah mais tu es sûre ? Mais vraiment ? ». Ça, ça a le don de m'énerver profondément ! Et comme je lui dis, si tu ne fais pas confiance à ton médecin, il faut changer de médecin.

Vanessa : D'accord.

Laure : Et donc je lui ai déjà proposé plusieurs fois. Du coup il se tait et, voilà. Mais non je n'ai pas eu vraiment de problème puisque. Avec moi-même j'ai pas eu de problème.

Vanessa : Ouais.

Laure : Je suis très droite avec moi-même donc euh, ça va (*rire*) ! Non j'ai pas eu vraiment de problème, pas pour l'instant.

Vanessa : D'accord.

Laure : Mais je pense qu'il pourrait, il pourrait avoir des problèmes.

Vanessa : Qu'est-ce qu'il pourrait se passer ?

Laure : Il se, il se pourrait se passer que je... je donne un avis qui n'est pas suivi et donc après on, on arrive aux erreurs médicales parce qu'on laisse,

on laisse couler. « Ah mais tu veux, tu veux pas, et ben fais ce que tu veux ! ».

Vanessa : Vous vous avez l'impression vraiment que c'est l'avis qui serait pas suivi euh?

Laure : Moi je pense que c'est plutôt ça

Vanessa : Plus que...

Laure : parce que il a eu un petit souci de santé euh, il y a quelques temps, fin il y a quelques années euh... Moi j'ai pris le téléphone, le problème a été arrangé assez rapidement hein. C'est, voilà, on a fait les examens qu'il fallait faire euh.

Vanessa : Hum.

Laure : Bon il a bien vu que... voilà, que ça se faisait et puis euh bon, il a bien suivi. Le spécialiste en question était tout à fait d'accord avec le, le généraliste donc euh...

Vanessa : D'accord.

Laure : ça s'est bien passé. Alors est-ce qu'après euh, on se relâche pas, quand on suit quelqu'un de très proche ? En tant que médecin, moi c'est ça qui me fait très peur.

Vanessa : D'accord.

Laure : C'est de me relâcher, de ne pas être aussi vigilante. Il y a, il y, je suis convaincue pour avoir été hospitalière et avoir été ici, et puis être médecin depuis déjà un certain nombre d'années que, on n'a pas le même état d'esprit au travail que quand on est euh, euh... en famille ou à la maison euh. Voilà, on n'est pas du tout dans le même état d'esprit.

Vanessa : Et quels sont les facteurs qui pourraient influencer sur cet é., cet état d'esprit par rapport au cabinet du coup ?

Laure : Je ne sais pas, honnêtement je ne sais pas. On a parfois discuté avec d'autres confrères et ils ont tendance à dire qu'ils ressentent la même chose, mais ils, ils donnent pas d'importance à ça.

Mais moi je trouve que c'est important quand même. C'est, c'est, c'est quand même important, un médecin doit être, doit avoir les cinq sens et fin, quatre disons,

Vanessa : Hum.

Laure : bien bien bien en éveil, fin on, je, je pense que quand on a, on mélange travail et, l'endroit du travail on va dire est très important parce qu'il va nous mettre un,

Vanessa : Pour vous ça met un cadre ?

Laure : Voilà, ça met un cadre à notre façon, c'est comme si le cerveau, si le cerveau, au niveau neurologique, que le cerveau se mettait au niveau psychologique on va dire, psycho-neurologique,

Vanessa : Ouais

Laure : il se mettait en fonctionnement, mais sur un fonctionnement différent que celui qu'on peut avoir ailleurs.

Vanessa : Hum.

Laure : Alors peut-être que suivre ses proches, oui, mais dans un cadre bien précis.

Vanessa : Pour vous le...

Laure : Ah oui.

Vanessa : le facteur de risque de risque d'erreur numéro un, c'est le fait de ne pas être au cabinet ?

Laure : Bah pour moi oui, parce qu'honnêtement j'ai du mal à me, à me recentrer quand je ne suis pas au cabinet.

Vanessa : D'accord.

Laure : Sur le, sur le pied, quelqu'un qui me dit : « ah ben oui, ben écoute j'ai euh, j'ai ça euh... ». Non ! Moi je leur donne un petit conseil, mais tu vas aller voir ton médecin ! Je pense que ça pourrait être ça mais euh, tu sais euh, voilà. Il faut faire un examen complet, il faut faire ci, on va pas faire ça euh... Bon

Vanessa : Au coin de la table ?

Laure : Non ! Ça me plaît pas ça. Mais, dans la mesure où je suis en plus médecin du sport et je suis très droite sur les certificats médicaux

Vanessa : Ouais.

Laure : je ne signe jamais de certificats médicaux sans examiner un patient.

Vanessa : D'accord.

Laure : Donc il est valable trois mois, trois mois, si au bout de trois mois il vient au quatrième mois et me demande un certificat, je vais le réexaminer.

Vanessa : D'accord.

Laure : ça y'en a qui supportent mal, mais c'est comme ça.

Vanessa : C'est comme ça.

Laure : Voilà.

Vanessa : Et quelle place vous donneriez à tout ce qui est de l'ordre des émotions, de l'affectif qu'il peut y avoir dans cette relation avec un proche euh, qu'on prendrait en charge ?

Laure : Euh... Ben c'est ce que je vous disais, je pense que, alors, si les pro., les problèmes de santé qui concernent ce proche ne sont pas très graves, je pense qu'il n'y a pas tellement de, il va pas y avoir tellement de, de, de problème.

Vanessa : Dans la pathologie courante vous

Laure : Voilà.

Vanessa : ne mettez pas de place à

Laure : Je pense pas qu'il y aura tellement ça qui affectera. Après si on commence à avoir des problèmes de santé plus sérieux, ou des problèmes graves de santé, je, je pense qu'il faut passer la main. Je pense qu'effectivement l'affectif peut énormément nous jouer des tours, et on n'a pas les idées aussi claires. On peut euh, on peut ou exagérer ou ne pas y arriver.

Vanessa : D'accord.

Laure : Vous voyez ?

Vanessa : Huhum.

Laure : On peut être dans les deux extrêmes mais je pense qu'on est toujours dans les extrêmes quand on parle d'affectif. Et du coup je pense que c'est pas bon, c'est pas bon.

Vanessa : Pas d'objectivité ?

Laure : Ouais à ce moment-là, il faut savoir passer la main je, je pense. Mais on dit souvent les médecins confrontés à ce genre de, fin souvent, parfois confrontés à ce genre de choses, et ben, ça nous arrive à demander à nos, nos associés ou à, de, voilà, de suivre quelqu'un qui est pourtant quelqu'un de notre famille ou de notre entourage proche, et on préfère parce que

Vanessa : C'est facile de laisser la main ?

Laure : Je dirai pas que c'est facile mais c'est nécessaire, il faut savoir euh... passer la main. De la même façon qu'on passe, qu'on passe la main d'un patient euh, d'un patient avec qui on est, y'a une certaine proximité, qu'on suit depuis de nombreuses années, mais parfois, il faut savoir passer la main.

Vanessa : D'accord.

Laure : Il faut savoir se dire euh: « il y a d'autres, d'autres éléments qui interfèrent ». Vous voyez, une trop grande proximité ou une gêne particulière par rapport à un vécu ou euh... Voilà. Et puis sur les pathologies, sur les proches avec des pathologies simples ou des, des choses très simples, ça peut être euh, très gênant de parler de certaines choses.

Vanessa : Ah oui ?

Laure : Euh... Bah pas pour le, pas forcément pour le médecin, mais pour le patient qui est en face, qui est un proche. Et il va pas nous dire tout.

Vanessa : Ouais.

Laure : Il va pas tout nous dire. Et quand on dit pas tout à un médecin, le médecin n'a pas tous les éléments.

Vanessa : C'est ça.

Laure : Et donc quand on peut passer à côté de quelque chose. Voilà. Moi je pense hein, et je pense que c'est ça double euh, voilà, à double sens.

Vanessa : Hum.

Laure : Le proche, le proche qui, va être gêné, y'a peut-être voilà euh, ce côté affectif, ce côté un peu, bon voilà qui va venir biaiser hein, le diagnostic parfois. .

Vanessa : Ouais. Et c'est une attitude que vous avez toujours eue ou est-ce qu'au départ de votre euh, exercice vous aviez tendance à euh ? Non, c'est une ligne directrice que vous vous êtes toujours donnée ?

Laure : Non, oui toujours. Oui, déjà étudiante, euh, c'était là, c'était dans le m., c'était une façon de voir les choses et euh, j'ai continué.

Vanessa : D'accord.

Laure : Et ça m'a bien réussi je pense. Je pense que c'est bien.

Vanessa : Donc si finalement vous aviez une règle entre guillemets à établir c'est quoi ? On s'occupe pas de ses proches autant que faire se peut ?

Laure : Voilà. Je pense. On peut, on peut être vigilant, on peut mettre un petit peu le nez dans le dossier, mais en essayant de ne pas interférer.

Vanessa : Hum.

Laure : Tout en étant bien au courant de ce qui se passe, on peut rester euh, voilà on peut rester euh, au courant, on peut rester concerné, se sentir et être concerné sans être le principal acteur, je pense.

Vanessa : D'accord. Très bien.

Laure : Oui, j'ai, j'ai toujours pensé ça. Ça passe bien quoi !

Vanessa : *(rire)*

Laure : D'ailleurs je suis des proches de Madame X.

Vanessa : *(rire)*

Laure : *(rire)* Vous voyez

Vanessa : Et oui. Mais c'est pas toujours évident d'avoir confiance dans ses confrères et euh... Quand c'est justement nos proches, on veut faire le mieux pour eux

Laure : Euh... Oui. Mais pourtant euh... pff, voilà, on, on fait confiance, quand un généraliste doit faire confiance à un spécialiste euh, parce que ça nous concerne plus, parce que ça concerne une spécialité en particulier, bah notre confiance, on va aller en chercher un autre

Vanessa : Hum.

Laure : Mais euh... Oui c'était pas facile, j'ai pas été encore confrontée à un, oui, est-ce que je confierai euh, mes enfants et mon mari qui sont les plus proches que j'ai ici, du moins, en France ? Bah oui, je pense que oui. J'ai quand même un, un bon tissu professionnel autour de moi et euh, voilà, j'ai tendance à, à croire quand même qu'il faut qu'on fasse confiance, fin, on n'est pas tous mauvais quand même les médecins *(rire)* !

Vanessa : *(rire)*

Laure : Il y en a des bons !

Vanessa : C'est ça.

Laure : Heureusement ! On est quand même, je pense, on est tous un peu mauvais et un peu bon mais euh... Y'en a quand même de, de très hauts.

Vanessa : *(rire)*

Laure : Parmi les généralistes, il y a de très bons médecins. Voilà, il faut juste euh, moi je pense, que ça doit pouvoir se faire.

Vanessa : D'accord.

Laure : Après, peut-être que je le vivrai un jour et je changerai d'avis.

Vanessa : Oui, on peut pas trop savoir comment on réagirait euh...

Laure : Au jour d'aujourd'hui euh...

Vanessa : C'est votre ligne directrice.

Laure : J'ai pas de problème, j'aurais pas de problème je pense à le confier, à confier mes proches, je pense pas.

Vanessa : D'accord.

Laure : Voilà.

Vanessa : Et bien je vous remercie.

Entretien N° 9

Vanessa : Donc en ce qui te concerne, ça fait à peu près combien de temps que tu es installée euh ?

Marie : Euh... ça va faire deux ans.

Vanessa : Deux ans. Et euh..., tu as eu des formations ou des diplômes complémentaires ?

Marie : Non, non, non, non, non j'ai, j'ai pas de, j'ai pas de DESC ou quoi.

Vanessa : D'accord.

Marie : Juste médecine gé.

Vanessa : Donc, du coup par rapport à ton expérience personnelle, quelle est-elle concernant la prise en charge de tes proches ?

Marie : Alors, bah..., tout de suite quand je me suis installée je leur ai demandé de... voilà, fin, je leur, je leur ai dit que je ne voulais pas les suivre ou en tout cas, être leur médecin trait., traitant attiré,

Vanessa : Ouais.

Marie : que je préférais qu'ils gardent leur médecin traitant. Et que euh, bah bien sûr hein, en cas de, d'urgence ou de besoin, euh... là je... je serai disponible. Et donc c'est ce qu'il se passe en fait hein, donc j'ai aucun membre de ma famille suivi par moi uniquement.

Vanessa : D'accord.

Marie : Euh... Après par contre, j'ai besoin d'intervenir (*rire*) souvent, assez souvent pour des problèmes euh... en urgence en fait.

Vanessa : Ouais.

Marie : Voilà. Euh..., ou bien sur des conseils sur des traitements qui ont été initiés euh, ou sur des prises de sang qui ont été faites, des bilans euh... Voilà, et puis pas mal voilà, de, de situations de, de contexte d'urgence. Dernièrement pfff je sais pas y'a eu une hernie ombilicale étranglée, y'a eu euh, une détresse respiratoire sous SKENAN©, mon papa (*rire*).

Vanessa : D'accord.

Marie : Y'a eu euh... Y'a eu quoi ? Fracture du col chez ma belle-mère, fin voilà, à chaque fois je suis intervenue tout de suite euh...

Vanessa : D'accord.

Marie : Fin chaque fois, c'est moi qui ai pris les choses en main, euh, dans l'urgence.

Vanessa : D'accord.

Marie : Et puis après les médecins ont pris le relais.

Vanessa : Et donc du coup niveau déclaration de ce qu'on appelle médecin traitant, pour zéro, famille ou amis proches ?

Marie : Aucune, non. Bah de la famille éloignée, de la famille éloignée mais euh... Aucune pour de la famille proche, non.

Vanessa : D'accord. Et du coup est-ce qu'il y a des personnes euh... que tu refuserais complètement de, pour qui tu refuserais complètement de donner un avis ou euh... ?

Marie : Non mais je donnerai toujours un avis, après plus ou moins euh... tranché (*rire*), en fonction, des, des personnes, mais non, je donnerai toujours un avis, c'est très difficile de, de dire non en fait.

Vanessa : Ouais.

Marie : Voilà. Mais très rapidement euh..., « tu verras ça avec ton médecin traitant » (*rire*) !

Vanessa : (*rire*) Et du coup ça se, pour ces avis ou ces conseils, ça s'est toujours bien passé ? Est-ce qu'il y a eu des fois où ça s'est moins bien passé ou euh ?

Marie : Euh... Non, globalement ça va (*rire*) ! Globalement non, non, non, ça s'est toujours bien passé.

Vanessa : Pas de notion d'évènements qui se seraient pas passés comme on aurait imaginé parce que c'est un proche ou euh ?

Marie : Euh... J'essaie de réfléchir... (*silence 5sec*)
Non, non, non, a priori non. En tout cas j'ai pas su.
Mais euh, sur les conseils...

Vanessa : Et en général, les avis sont demandés par téléphone, à une réunion de famille ou?

Marie : Euh... Ça..., les deux, ouais ouais, souvent par téléphone et puis après je suis très très proche de ma famille donc je les vois de toute manière euh, quasi euh, tous les jours (*rire*). Donc après on revoit les choses euh, de visu quoi euh... Souvent c'est initié par téléphone ouais effectivement euh. Après pour les choses non urgentes, ben à l'occasion euh, ils me montrent les bilans ou les choses comme ça et puis on voit.

Vanessa : D'accord.

Marie : Donc voilà.

Vanessa : Et, et qu'est-ce qui fait alors qu'on dit qu'on n'a pas envie de, de prendre en charge complètement ses proches ?

Marie : Alors je leur, je leur explique tout simplement (*rire*) que j'ai pas envie d'être la seule décisionnaire en ce qui concerne leur santé, fin voilà, j'ai pas envie de me, de me tromper. J'ai pas envie de me tromper glo., globalement mais pour eux ça me ferait encore plus euh...

Vanessa : Oui.

Marie : Euh... Fin, ça me fait du souci quoi d'être, d'être la seule intervenante vis-à-vis, vis-à-vis d'eux donc euh, et puis euh... Soit on fait trop, soit on fait pas assez parce que, en connaissant les, les personnes finalement on arrive à, voilà, on se fait une idée euh, de leur, de leur plainte globalement. Fin, j'ai par exemple une, de mes sœurs qui, bon ben qui s'écoute beaucoup, donc elle j'aurais tendance finalement à, à, à moins en faire et peut-être avec le risque de passer à côté de quelque chose euh... Y'a d'autres personnes pour lesquelles j'aurais tendance à trop en faire et puis euh... Et ça

serait pas, pas bénéfique ni pour eux ni, ni pour moi donc euh, donc voilà, je leur ai expliqué leur ai expliqué comme ça ; en disant que je serai là dans l'urgence mais globalement pour les décisions euh, importantes, je donne un avis mais ça s'arrête là, c'est pas moi qui décide.

Vanessa : D'accord.

Marie : Voilà.

Vanessa : Et ça a toujours été possible de, de faire comme ça ?

Marie : Ah oui oui, ils l'ont très bien compris, ouais. Ouais, ils reviennent à la charge de temps en temps mais euh, on arrive (*rire*) à... Non non, ils comprennent bien la situation.

Vanessa : Et du coup quelle place on pourrait donner à tout ce qui est de l'émotion, l'affectif dans cette relation de soin ?

Marie : Bah c'est super, c'est super important, y'a toujours, de toute manière c'est toujours l'affectif au départ, après, euh... Après j'arrive de mieux en mieux à, à prendre de la distance mais y'a eu, y'a eu quelques fois où j'ai été un peu débordée euh, oui par l'affectif oui. Dans l'urgence euh, de mon papa euh,

Vanessa : Hum.

Marie : Voilà, j'ai appelé le 15, j'étais plus médecin, j'étais sa fille euh, paniquée. Donc, donc voilà, peut-être trop paniquée euh, y'a beaucoup beaucoup d'affectif et ça, ça biaise complètement nos euh, nos décisions.

Vanessa : Nos décisions.

Marie : Quoi, ouais. Après en prenant du recul euh, ça se fait de mieux en mieux mais c'est, ça reste difficile quand même.

Vanessa : Hum.

Marie : Voilà.

Vanessa : ça pourrait induire en erreur parfois?

Marie : Bien sûr. Voilà c'est ça le risque hein, c'est ça qui me fait peur.

Vanessa : D'accord.

Marie : Faut pas laisser la place au doute hein, parce que si y'a une faille (*rire*), il s'engouffre et puis là on est foutu. Donc du départ ça a été dit et euh... ça pose pas de souci.

Vanessa : Et est-ce que tu as des enfants ?

Marie : Oui. J'ai un petit garçon.

Vanessa : Et est-ce que avec ce petit garçon c'est facile aussi de... ?

Marie : Bah c'est plus facile avec lui parce que du coup je... fin c'est moi sa maman (*rire*) donc, c'est moi qui décide en règle générale. Donc décider pour lui euh, finalement c'est, c'est mon rôle. Alors euh, c'est pas moi qui lui ai fait les vaccins par exemple parce que je veux regarder mon rôle de

Vanessa : Ouais.

Marie : de maman, je suis pas là pour lui faire mal, même si euh... Mais voilà, pour la bobologie euh, je, je gère ça facilement. Euh... Il a pas eu de gros problèmes de santé mais je pense que je saurais aussi très facilement euh, transférer à un de mes collègues si j'avais un gros doute ou, ou que j'avais une inquiétude. Ça m'est déjà arrivé de consulter euh... Voilà, dès que j'avais un doute, sur une auscultation ou sur, donc ça m'est arrivé de l'emmener consulter. Mais c'est plus facile avec lui qu'avec

Vanessa : Ah oui ?

Marie : les autres ! Oui.

Vanessa : D'accord.

Marie : Ouais, ouais, ouais.

Vanessa : Et c'est facile de faire confiance aux, dans les confrères ?

Marie : Ah complètement, à bah ouais ouais. Bah c'était mon associé hein, donc en même temps (*rire*) je savais comment il bossait ! Mais ouais

ouais, j'ai aucun, aucun mal à, à référer quand c'est comme ça. Pour lui, j'ai des contacts qui sont bons donc pas de souci.

Vanessa : D'accord.

Marie : Et euh, ouais non, vis-à-vis de R., ça me pose pas trop de problème. Après c'est gérer la famille quand c'est toi qui prends en charge. C'est plus ça. C'est-à-dire qu'euh, je le prends en charge pour une virose et puis finalement euh, la famille trouve que ça traîne, la famille trouve que je devrais faire ci, trouve que je devrais faire ça et c'est plus à eux que je dois rendre des comptes. Mais finalement moi euh, dans, dans ma prise de décision, je suis claire avec moi, je suis claire avec mon fils, avec mon mari. C'est toujours la famille qu'il faut gérer euh... autour. C'est ça qui est difficile.

Vanessa : D'accord. Quand, quand ça traîne comme ça, qu'est-ce qu'on leur dit ?

Marie : Bah je leur dis : « ben non (*rire*), laisse moi faire, t'inquiète pas ! Je l'ai examiné, y'a rien euh, on va laisser encore 48h et ils attendent. ». Et au bout de deux jours, ils rappellent : « comment il va ? », « ben c'est bon, il a plus rien ! » (*rire*).

Vanessa : Et est-ce que, parce qu'on a euh, son enfant sous les yeux au quotidien, est-ce qu'on a tendance des fois à avoir des attitudes justement de, de temporisation un peu plus facile en se disant « je vais pouvoir le réexaminer » ?

Marie : Peut-être, ouais, peut-être. Ça, ça... Mais... Mais là y'a mon mari du coup qui me dit : « là maintenant faudrait peut-être que tu fasses quelque chose ! » (*rires*)

Vanessa : (*rires*)

Marie : Donc euh... Donc non, là pour le moment, en tout cas euh, ça m'a pas posé de souci.

Vanessa : Ouais.

Marie : Vis-à-vis de R. ouais, ouais ouais. Non ça va !

Vanessa : D'accord.

Marie : Il est en bonne santé (*rire*) ! Ça va ! (*rire*)

Vanessa : Et ton mari, il a médecin traitant euh...?

Marie : Oui qui, qui est ben mon associée à côté. Ouais, ouais ouais.

Vanessa : D'accord.

Marie : Moi mon mari euh... Oui j'ai à le gérer pas mal, il est asthmatique. C'est un gros asthmatique euh... Il a un gros eczéma. Donc c'est vrai que c'est souvent moi qui renouvelle les ordonnances, qui gère mais, c'est pas... c'est pas concluant du tout hein ! Je fais de la mauvaise médecine avec, avec mon mari euh...

Vanessa : C'est-à-dire ?

Marie : Ben c'est-à-dire que... comment dire ? (*rire*) Euh, c'est un mauvais élève, il a son asthme qui est complètement déséquilibré, il a un eczéma qui, qui, qui flambe. Alors euh... Bon, il me demande, il me demande des prescriptions à la volée que je lui fais parce que, en lui disant : « bah faudra quand même que t'aïlles voir A., faudra quand même que t'aïlles voir la dermato, faudra que tu fasses un bilan pneumo ». Il fait jamais rien ! Et, je lui renouvelle quand même ses ordonnances, bon ben voilà (*sourire*).

Vanessa : Et qu'est-ce qui fait qu'on renouvelle ses ordonnances comme ça, ce qu'on ferait pas forcément avec ?

Marie : Ah, absolument pas (*rire*) ! Non non, on le ferait pas, mais bon... Voilà ! C'est un des biais hein, de toute manière, c'est sûr que c'est un des soucis...

Vanessa : C'est la peur d'être... ? Qu'est-ce qui fait que... ?

Marie : Ben...

Vanessa : C'est pour faciliter ?

Marie : Oui voilà, c'est pour faciliter euh, sa vie. Il a une vie compliquée, il a pas le temps, il prend pas le temps, il prend pas le temps... Et... Et moi je... Bon, fin je ferme les yeux un petit peu mais je pense qu'il y a de moments où, où ça va foirer et puis où je vais m'en mordre les doigts mais euh... On verra à l'usage hein ! (*rire*) Pour le moment on fait comme ça ! Voilà ! C'est avec lui que j'ai le plus de souci.

Vanessa : C'est vrai ?

Marie : C'est quand même avec mon mari ouais, ouais ouais.

Vanessa : C'est difficile euh...

Marie : Ben il est pas dans, il est dans le euh, il est pas tellement dans le soin quoi, il fait, il fait les choses parce que sinon il respire pas mais...

Vanessa : Et si c'est, si par exemple t'avais pas été médecin ? Est ce qu'il aurait été

Marie : Il aurait été obligé de consulter de toute manière.

Vanessa : Il l'aurait f., du coup été plus investi dans sa, cette prise en charge ou pas forcément ?

Marie : Oui, parce qu'il avait confiance en son médecin et puis il aurait fait je pense les choses qu'il fallait faire euh... après quelques (*rire*)... Quelques mois de, d'indécision mais il l'aurait fait ! Ouais je pense. Mais là... Ben là ça traîne !

Vanessa : ça traîne...

Marie : Il a quand même été voir un dermato l'année dernière... Ça a rien donné, du coup il veut plus y retourner (*rire*) !

Vanessa : Du coup tu dis jusqu'au moment où... Est ce qu'on se sent coupable dans ces cas-là si ?

Marie : Ah bah oui oui ! À chaque fois que je lui fais une ordonnance euh, je me sens coupable hein. Je me sens coupable mais...

Vanessa : Mais c'est malgré nous ? Fin c'est ?

Marie : Ben c'est-à-dire je peux pas le... Si je lui dis je te la fais pas, ça, ça sera forcément dans le conflit donc il va aller voir A. qui va lui dire il faut aller, et puis finalement il ira pas et on reviendra à peu près au même. Après euh, je dis qu'il est complètement décompensé euh, non. Je pense que ça pourrait être mieux au niveau de la

Vanessa : Oui c'est ça.

Marie : de la prise en charge, on pourrait optimiser et on le fait pas parce qu'on laisse traîner quoi, voilà. Mais j'ai moins de, j'ai euh,euh... J'ai, j'ai voilà, j'ai moins de force vis-à-vis de lui hein

Vanessa : Ouais.

Marie : C'est, c'est difficile de dire non.

Vanessa : Et est ce qu'il pourrait être amené à faire des reproches si par exemple euh

Marie : Ah non, je pense pas, non. Non non, parce que je l'oblige pas à faire les choses mais par contre il est bien conscient de ce qu'il doit faire et je lui redis à chaque fois. Je me déculpabilise un peu comme ça et puis surtout euh, fin voilà, je me dis qu'au bout d'un moment il finira par l'entendre mais euh... Sans le brusquer (*rire*) !

Vanessa : (*rire*)

Marie : Donc voilà. Mais je m'en voudrais forcément.

Vanessa : Ouais. Et malgré cette petite idée de se dire que peut-être ça se passera mal, on, on n'arrive quand même pas changer nos pratiques euh ?

Marie : Ah, c'est difficile.

Vanessa : C'est difficile ?

Marie : Et puis on se, bah, c'est tellement... On se, on se prend dans le quotidien en fait, c'est pas

Vanessa : C'est ça.

Marie : C'est jamais des moments où on est posé comme en consultation et euh, voilà, où on pose tous les problèmes et là euh, il part le matin : « bah

il faut que tu me renouvelles mon ordonnance ». Je lui fais dans la journée, il va à la pharmacie.

Vanessa : Ah ouais. Pas forcément d'examen ?

Marie : On discute pas, non jamais. Fin rarement quoi, sauf quand il y a un souci mais euh... Donc euh, donc ça facilite pas oui la, la prise en charge et, et pour lui la prise en compte des des problèmes quoi. On laisse courir.

Vanessa : Hum.

Marie : En fait hein. Comme on fait beaucoup de choses avec la santé ; c'est pas bien mais... Voilà.

Vanessa : D'accord. Donc finalement si on pouvait conclure c'est : on prend pas en charge ses proches euh ?

Marie : Non, non.

Vanessa : Le plus possible sauf ?

Marie : Ouais.

Vanessa : Sauf en cas d'urgence mais dans ce cas-là.

Marie : Ouais.

Vanessa : Comme avec euh

Marie : Comme avec n'importe qui !

Vanessa : N'importe qui.

Marie : Ouais ouais ouais.

Vanessa : D'accord. Bon ben moi j'en ai fini avec l'entretien.

...

Entretien N° 10

Vanessa : Donc du coup tu es installée depuis quelques mois ?

Patricia : Janvier.

Vanessa : Et t'as fait des formations complémentaires ? Des DU ? Des

Patricia : Non.

Vanessa : Rien du tout. D'accord. Du coup, quelle expérience tu as toi, sur le plan personnel de la prise en charge de tes proches, de ton entourage ?

Patricia : Alors je suis le médecin traitant de mon petit garçon. Donc j'ai pas assuré les vaccinations mais il a deux ans et demi, et maintenant c'est moi qui m'occupe de son suivi. Euh... Après, je m'occupe de mon conjoint parce qu'il est jeune et qu'il a pas de pathologie particulière. Donc je me, je m'occupe de l'infectiologie.

Vanessa : D'accord.

Patricia : Voilà. Et puis après sinon, de temps en temps je délivre des ordonnances de psychotropes pour euh, pour dépanner ma mère.

Vanessa : D'accord.

Patricia : Des hypnotiques.

Vanessa : D'accord.

Patricia : Voilà.

Vanessa : Dont tu n'es pas le médecin euh

Patricia : Dont je ne suis pas le médecin

Vanessa : Référent.

Patricia : Référent.

Vanessa : Et donc est-ce qu'il y a des personnes donc que tu refuses de prendre en charge, qui auraient pu te demander euh... ? Dans ton entourage, amis, proches ?

Patricia : Alors je, en général non, je suis pas d'accord de suivre mes proches, je fais du dépannage si y'a besoin et mon mari euh, c'est parce que voilà, il a pas de problème intercurrent mais, et puis qu'il est jeune. Mais, à partir du

moment où il aura besoin d'un suivi régulier, je veux pas le prendre en charge.

Vanessa : D'accord.

Patricia : Et mon petit c'est pareil, une fois qu'il sera ado et qu'il aura besoin de dire des choses, non. C'est par pur confort, voilà parce que c'est rien pour le moment, c'est juste de, il est petit et qu'on n'a pas de soin particulier

Vanessa : Oui.

Patricia : Pour voilà. Mais sinon je suis pas d'accord pour euh, pour les suivre ni l'un ni l'autre.

Vanessa : Et qu'est-ce qui fait qu'on n'est pas d'accord pour suivre euh ?

Patricia : Parce que y'a un langage et des mots qu'on n'a pas fo., pas forcément envie de dire à sa femme ou à sa mère.

Vanessa : D'accord.

Patricia : Alors que quand on vient voir son médecin traitant, on a envie des fois de dire d'autres choses.

Vanessa : D'accord.

Patricia : Voilà. Donc c'est juste pour ça.

Vanessa : D'accord.

Patricia : C'est surtout pour ça ! (*rire*)

Vanessa : Et du coup, est-ce que c'est facile de dire non quand quelqu'un vient nous demander euh... ?

Patricia : Oui, oui. Oui oui.

Vanessa : Oui ?

Patricia : Après j'ai des amis aussi qui des fois me sollicitent. Euh... Où j'ai déjà dépanné voilà, pour les enfants, le week-end quand y'a une otite, je jette un coup d'œil. Voilà, mais après euh... Oui oui, j'ai jamais eu de difficultés par rapport à ça.

Vanessa : D'accord. Et dans ces différentes prises en charge, donc que ce soit pour ton mari, ton enfant ou des dépannages

Patricia : Hum.

Vanessa : ça s'est toujours bien passé ? Est-ce qu'il y a des moments où euh ?

Patricia : Ouais ouais ouais.

Vanessa : Y'a eu euh... des choses qui se seraient pas passées comment on aurait prévu ?

Patricia : Non.

Vanessa : Non !

Patricia : Non non.

Vanessa : D'accord. Donc ça se passe toujours bien et ça se fait toujours euh... Est-ce que ça arrive que ça se fasse au cabinet ?

Patricia : Non.

Vanessa : Euh des, jamais ?

Patricia : Non, non non. Non non, c'est quand on est en vacances, ou non non. Mais c'est quand le médecin traitant euh, est pas disponible euh... Pour éviter, quand on est ensemble, sur une garde, d'aller, avoir à consulter le médecin de garde, non non.

Vanessa : D'accord.

Patricia : Voilà, mais sinon c'est pas euh, sur des horaires ou des moments où y'a un médecin qui euh, autre qui pourrait euh... Sauf si c'est la garde.

Vanessa : D'accord. Et, et quelle place on pourrait donner à l'affectif, aux émotions dans ces relations de soin euh.... euh avec

Patricia : C'est de la bienveillance mais autant euh, que n'importe, avec n'importe quel euh... Parce que c'est, c'est jamais, des, des s., c'est de la, c'est des soins courants donc c'est pas euh. Et c'est la même bienveillance que pour n'importe quel autre patient.

Vanessa : D'accord.

Patricia : Voilà. Si ce n'est que c'est un acte, c'est un soin qui est plus rapide et plus simple. En attendant le lundi matin euh... Voilà. Mais euh, sinon c'est tout.

Vanessa : D'accord.

Patricia : (*rire*)

Vanessa : (*rire*) Et, donc du coup c'est... Tu dirais qu'il y a pas de différence dans ce que tu fais toi, avec un patient lambda ?

Patricia : Oui. Si ce n'est que, bah oui

Vanessa : A part que ça se f., peut se faire le week-end, un dimanche

Patricia : Voilà.

Vanessa : Ou le soir.

Patricia : Voilà. Mais, mes propres patients

Vanessa : Et du coup dans les décisions

Patricia : Voilà

Vanessa : que tu pourrais prendre,

Patricia : Ouais.

Vanessa : dans les prescriptions

Patricia : Ouais.

Vanessa : Euh, y'a pas du tout

Patricia : Non.

Vanessa : De choses qui pourraient entraver euh...

Patricia : Ben je vois mon petit garçon, il a fait une pneumopathie, il a attendu trois jours d'avoir de la fièvre avant de, voilà, avant d'aller faire une imagerie complémentaire euh...

Vanessa : D'accord.

Patricia : Et j'ai pas précipité les choses parce que voilà. Alors c'est sûr je lui mets un coup de stétho quand il, quand il tousse et qu'il a de la fièvre euh, le soir euh, voilà.

Vanessa : Ouais.

Patricia : Parce que voilà. Mais de la même façon que je l'aurais apporté chez un pédiatre ou chez un autre confrère euh... Un médecin généraliste, si il était suivi. Voilà. Donc c'est en termes de timing que c'est beaucoup plus simple que c'est moi qui jette un coup d'œil.

Vanessa : Ouais.

Patricia : Après, je suis pas tout le temps dessus et..., et je laisse les choses évoluer, et je suis pas

plus, plus à, à même de faire des examens complémentaires ou à prescrire plus de traitement si ça le justifie pas.

Vanessa : D'accord.

Patricia : Parce que de toute façon, c'est pas forcément un gain de chance, parce que on va se précipiter sur autre chose

Vanessa : Oui.

Patricia : Donc voilà.

Vanessa : D'accord. Donc y'a pas de, de crainte d'en faire trop ou pas assez euh... ?

Patricia : Non je fais comme avec les autres.

Vanessa : Voilà.

Patricia : Donc euh...

Vanessa : Donc ça se passe bien.

Patricia : Donc ça se passe bien.

Vanessa : (*rire*)

Patricia : (*rire*)

Vanessa : D'accord. Euh... Est-ce que, c'est, c'est une, une démarche que tu as toujours eue, que tu t'aies toujours dit de dire : « je prendrai pas en charge mes proches ou ».

Patricia : Oui.

Vanessa : Oui.

Patricia : Oui, parce que je pense que dans un temps de consultation y'a plein de choses qui se passent, qui sont autres que, ce qui se passe effectivement dans la consultation et qu'on a souvent, c'est pas anodin. Quand y'a pas de pathologie grave hein.

Vanessa : Hum.

Patricia : Mais, voilà. Y'a toujours des choses qu'on peut dire et puis et donc du coup, dire à ses proches, c'est pas évident.

Vanessa : Hum.

Patricia : Ou avec les amis on peut pas être, voilà, entendre le couple, on peut pas être, je trouve que

c'est pas, c'est pas ma place et, et je le voudrais pas.

Vanessa : Hum.

Patricia : Et ça c'était, ça a toujours été.

Vanessa : D'accord.

Patricia : Voilà.

Vanessa : D'accord. Et... Qu'est ce que je voulais dire ? Non bah je crois que j'ai fait le, le tour. Euh oui, y'a pas de différence avec les autres patients. Bon ben j'ai rien de plus à, à rajouter.

...

Entretien N° 11

Vanessa : En ce qui vous concerne, ça fait à peu près combien de temps que vous êtes installée ?

Caroline : Installée..., depuis le 1^{er} janvier 2009.

Vanessa : D'accord. Et avant, vous avez fait d'autres choses ?

Caroline : J'ai fait des remplacements surtout et il y avait aussi une activité salariale.

Vanessa : D'accord. Est-ce que vous avez eu des formations ou des diplômes complémentaires ?

Caroline : Hum... Non

Vanessa : Non, d'accord. Du coup, quelle, quelle expérience personnelle vous avez, vous, concernant la prise en charge de vos proches ?

Caroline : Euh... C'est plutôt difficile.

Vanessa : Ouais.

Caroline : De toute manière, j'ai deux enfants qui ont 9 et 11 ans. Alors, tant qu'ils étaient petits, je les ai pratiquement jamais pris en charge moi-même.

Vanessa : D'accord.

Caroline : Parce que je trouve que j'étais trop biaisée hein, j'étais trop maman.

Vanessa : Oui.

Caroline : Incapable vraiment d'être ou de regarder les choses avec un petit peu de distance, trop impliquée hein.

Vanessa : Ouais.

Caroline : Et euh, j'ai fait l'expérience que j'ai très envie de ne pas voir ma famille malade. Et euh, je pense que j'ai quand même une tendance de sous-estimer euh, les symptômes que ma famille pourrait présenter. Je me suis déjà faite plusieurs fois avoir !

Vanessa : D'accord, par exemple ?

Caroline : Dans le sens où mon mari a eu euh, une appendicite. C'est quelqu'un qui ne se plaint pas beaucoup mais euh, c'était en hiver, épidémie de

gastro, il a vomi un petit peu, il restait au lit euh...

Ah j'ai dit ça passera, le ventre assez souple, lui disant trois fois rien et finalement c'était une appendicite et il a fini aux urgences. Mais euh, je l'ai pas vu venir hein !

Vanessa : Et du coup, quand il vous a parlé de ses douleurs abdominales, c'était dans quel contexte ? C'était à la maison ? C'était

Caroline : C'était à la maison, bien sûr c'était à la maison et euh, je me suis rendu compte comme j'ai vraiment pas envie euh, que la famille soit malade,

Vanessa : Ouais.

Caroline : je pose pas les bonnes questions.

Vanessa : D'accord.

Caroline : Je... Je vois que par exemple mon mari, il est plutôt réticent de, de, il veut pas être malade non plus.

Vanessa : Hum.

Caroline : Alors il va pas me donner les bonnes informations. Alors je, je travaille, j'ai l'impression toujours avec un..., la sensation tiens : « si c'était un patient, j'aurais fait ça mais bon, il est à côté de moi ou euh, j'ai fait, je peux le revoir, c'est pas trop grave, il se plaint pas.

Vanessa : Ouais.

Caroline : Je, je vois effectivement que j'ai tout un film dans ma tête. Je, je ne réagis pas de la même manière que ... si je faisais, si j'étais avec un, un patient. Je, je demande pas les mêmes examens non plus.

Vanessa : D'accord. Et plutôt en sous-estimant, pas en ayant peur du trop grave ?

Caroline : En sous-estimant, oui oui. Et deuxième exemple, c'est toujours mon mari, les enfants en général (*rire*)... mais

Vanessa : (*rire*)

Caroline : lui il a pas envie d'aller voir le médecin. Euh... C'était en euh... En... En, oui en été dernier euh... Il est tombé vraiment grièvement malade, il, il a eu un épanchement péricardique.

Vanessa : D'accord.

Caroline : Euh... Dû à un sarcome du péricarde alors quelque chose vraiment déjà ultra rare mais bon déjà, bon les cardiologues aussi ils ont mis un certain temps pour trouver le diagnostic. Mais on était en par., on était parti en vacances euh... C'était vers le Cap-Ferret, on a fait du vélo, il s'est dit : « tiens, je suis pas bien, j'ai euh, j'ai euh, j'ai l'impression d'être un petit peu plus essoufflé ». Mais bon, allez, ça fait des années qu'il a pas fait de sport, il a pris du poids.

Vanessa : Oui.

Caroline : J'ai dit : « ah, c'est le manque d'entraînement et tout ça », et à la fin des vacances il commençait à me dire : « ben écoute, euh... Je veux bien, c'est le manque d'entraînement » (*rire*)

Vanessa : (*rire*)

Caroline : « ça me gêne réellement et je commence à avoir des douleurs et ça commence à irradier dans le cou ». Et là bien sûr, j'ai réagi quand même, on a fait un électro, c'était pas normal, il a fini aux urgences et finalement il avait un épanchement péricardique assez important. Au début, on pensait que c'était quelque chose de, de viral mais finalement ça s'est trouvé que c'était quelque chose de beaucoup plus grave.

Vanessa : Ouais.

Caroline : Mais euh... Ma réaction initiale, de nouveau : « je ne veux pas qu'il soit malade », alors je sous-estime.

Vanessa : Ouais. Et vous l'aviez examiné euh... pendant la période des vacances ou pas du tout, ça été juste un ?

Caroline : Bah de toute manière non, on était en vacances, j'avais rien prévu

Vanessa : Oui, vous aviez rien.

Caroline : et toute manière, pareil comme j'ai dit, c'est quelqu'un qui, qui ne s'autorise pas du tout, c'est un chef d'entreprise.

Vanessa : Ouais.

Caroline : C'est quelqu'un qui ne s'autorise pas du tout d'être malade et je, j'ai l'impression que je lui donne des réponses qu'il veut entendre un petit peu.

Vanessa : Ah oui !

Caroline : Alors euh... Comme j'ai dit, j'ai l'impression d'être piégée par un manque d'information ou lui il veut pas les donner, moi je veux pas poser les bonnes questions

Vanessa : Hum.

Caroline : Et euh... Lui ne veut pas être malade et moi je ne veux pas qu'il soit malade alors du coup euh... c'est, c'est, c'est beaucoup plus autour de lui que, bon ça c'est les deux expériences graves que j'ai faites, c'est pour ça que je parle beaucoup de lui. Les enfants comme je dis euh, c'est plus facile de déléguer et puis euh de... de les faire soigner parce que c'est pas un adulte qui s'oppose aux, qui s'oppose. Ave, avec, avec un adulte je trouve c'est plus difficile.

Vanessa : Et vous n'auriez pas été médecin, votre mari aurait été quelqu'un qui

Caroline : Je sais pas, je crois pas. Je crois pas, mais c'est pas quelqu'un qui consulte. Mais je, j'ai l'impression que je me fais piéger par son, par son jeu.

Vanessa : Et ça, vous avez l'impression d'être piégée euh, depuis le début que vous exercez ou petit à petit vous arrivez à...

Caroline : De toute manière depuis qu'il y a cette affaire-là, la dernière affaire, je lui ai dit : « écoute-moi, je ne te soigne plus, je, je fais plus ! ».

Vanessa : Hum.

Caroline : Mais je lui ai dit : « écoute, tu, tu vas voir quelqu'un d'autre, c'est euh, c'est fini ». Parce que je trouve que je fais pas bien et euh, normalement, bon de toute manière chacun a, a ses croyances... Normalement, je pense que je suis quelqu'un de plutôt prudent et j'ai peut-être plutôt tendance de faire un petit peu trop d'exams et de, de prendre les gens sérieux et puis essayer d'aller jusqu'au bout pour savoir vraiment ce qui se passe. Et euh, comme je dis, avec la famille, deux-trois fois, je me suis vraiment fait avoir par le, cette, parce, oui, par le fait d'être biaisée, de pas vouloir qu'ils soient malades et puis eux non plus ils veulent pas être malades, alors du coup on rentre dans une

Vanessa : Parce que vous du coup, par exemple votre époux, quelle était sa demande quand il vous donne ces symptômes là ? Que ce soient des douleurs abdominales, ou des, est-ce qu'il attend, finalement c'est pour vous dire ça comme ça ou euh ? Il attend que vous le rassuriez ?

Caroline : Oui justement c'est ça, hein, de toute manière c'est ça. Et comme j'ai dit, c'est quelqu'un qui ne s'autorise pas à d'être très malade.

Vanessa : Hum.

Caroline : Il, il va me dire, il délègue à ce moment un petit peu euh (*rire*) la responsabilité, alors il se dégage.

Vanessa : Ouais.

Caroline : Il va me dire : « ouais, j'ai un petit peu mal au ventre, mais bon c'est rien euh. Euh. J'ai accompagné mon collègue, là il a eu la gastro

Vanessa : Ouais voilà.

Caroline : Je pense que j'ai eu la gastro aussi, moi je vomis ». Je palpe le ventre : « ben non ça me fait pas mal, ça va, ça va ». Pareil, avec cet épanchement péricardique, il est quand même, il a, il a monté la dune du Pilat hein !

Vanessa : Ah oui !

Caroline : Alors c'est pas moi qui l'ai forcé, on a fait une sortie en vélo, euh, bon... on est monté, il a pas pris les escaliers, il a pris l'autre, l'autre côté hein.

Vanessa : D'accord.

Caroline : Et il est descendu encore vers le bas et il est remonté. Bah j'y pense aujourd'hui !! Euh... (*rire*)

Vanessa : Et du coup, vous avez l'impression d'avoir fait un examen qui n'était pas tout à fait complet, comme vous auriez pu faire avec un patient cabinet ?

Caroline : Je pense, si quelqu'un d'autre de jeune, m'aurait dit euh : « Voilà, je suis un petit peu essoufflé, c'est atypique pour moi, d'accord je fais un petit peu de sport mais... ». J'aurais probablement pris la tension, j'aurais probablement, l'ausculter, j'aurais probablement fait l'électro plus tôt parce que j'en ai un. Un jeune qui vient, bah je, je le sors assez facilement, je le fais et si j'ai le moindre petit doute, je l'envoie.

Vanessa : Ouais.

Caroline : Là, j'ai pas fait. (*sourire*)

Vanessa : Et, et du coup euh, c'est toujours euh... C'est... vous, votre famille proche, c'est-à-dire votre mari vos enfants ou est-ce que en élargissant un petit peu plus, il y a d'autres demandes euh ?

Caroline : Ah bien sûr, il y a des demandes de soins euh... avec... J'ai, j'aime pas mélanger. J'aime pas mélanger amitié et euh, être médecin traitant et puis je dis ça aux gens. Avec la famille lointain, euh, j'arrive à être plus ferme quand même. J'arrive à

être plus ferme quand les, si les cousins veulent un certificat ou les parents veulent un certificat médical, je leur dis : « écoute, hein, c'est de ma responsabilité, il faut venir au cabinet, je vais faire un examen ». J'arrive à, à mieux euh... À mieux m'imposer, et à mieux euh, tirer des limites et dire : « voilà, je fais certaines choses, mais je fais pas tout ». Euh, la, la famille lointain a aussi un, ils ont tous leur médecin traitant.

Vanessa : D'accord. Et il y a déjà des, des fois où vous avez refusé complètement de prendre en charge une demande de quelqu'un de votre entourage proche?

Caroline : Oui.

Vanessa : Oui ?

Caroline : Oui oui.

Vanessa : Et c'est facile de dire non ?

Caroline : Non. (rire) C'est pas facile, c'est pas facile mais euh... De toute manière, je, je crois, je connais un petit peu la fa., la façon comme je fonctionne toute manière et puis, ces derniers temps, comme je l'ai dit, je l'ai appris vraiment douloureusement que, que je fais pas bien hein.

Vanessa : Hum.

Caroline : Quand, quand, quand c'est des, des gens que je connais. Alors oui j'ai refusé, et ça j'arrive à faire plus facilement maintenant mais euh... C'est, c'est toujours difficile hein.

Vanessa : Oui. Et du coup vous, vous estimez être déclarée médecin traitant d'à peu près combien de personnes de votre entourage, famille, amis proches ?

Caroline : Personne.

Vanessa : Personne ?

Caroline : Sauf mon mari.

Vanessa : D'accord.

Caroline : Parce que lui il a pas voulu et pour les remboursements euh.

Vanessa : D'accord.

Caroline : Ah ouais, vraiment personne.

Vanessa : Est-ce que c'est facile de faire confiance dans nos confrères euh, euh ? Quand on a des demandes comme ça euh, de la famille et puis qu'on, qu'on veut adresser à, à quelqu'un d'autre, est-ce que c'est facile de confier ses enfants à quelqu'un d'autre par exemple ?

Caroline : Euh, oui, pour moi oui. De toute manière après je vais toujours avoir un petit regard critique, c'est sûr.

Vanessa : D'accord.

Caroline : Euh... Et puis euh. Ben on reste quand même médecin hein mais euh... Moi je préfère. Je préfère. C'est voilà, c'est, je préfère les déléguer parce que je pense que, oui je suis, je suis pas assez neutre.

Vanessa : Du coup vous, quelle place, par rapport à cette neutralité vous, vous, vous mettriez euh, dans cette relation de soin qui est différente euh, par rapport aux émotions, à l'affectif, quelle place ?

Caroline : Bah je, comme j'ai déjà dit hein, je, c'est, c'est difficile hein, c'est

Vanessa : C'est ça qui fait que, on... ne veut pas voir ses proches malades, c'est le ?

Caroline : C'est surtout ça oui, c'est, c'est, c'est l'affectif hein. On veut, on veut qu'ils soient à tout prix en bonne santé. En tout, moi, je sais pas si c'est la même chose pour les autres

Vanessa : Hum.

Caroline : Mais euh, pour moi, c'est ça et du coup, je fais mal.

Vanessa : Et par, pour cet exemple de...euh, au niveau cardiologique, est-ce que vous avez eu des reproches de votre époux ?

Caroline : Pas du tout non. De toute manière comme je dis, c'était quelque chose de tellement

euh, tellement rare et tellement, même comme j'ai dit après en, en cardiologie, il s'est baladé quand même bien

Vanessa : Hum.

Caroline : presque deux mois avec avant qu'ils aient trouvé ce que c'était hein.

Vanessa : D'accord. Et vous, vous avez eu un petit sentiment de culpabilité ou l'impression d'être défaillant ou ?

Caroline : Alors moi, vis-à-vis au cancer, au sarcome qui se cache derrière non, mais je dis euh... Bien sûr, de ne pas avoir pris au sérieux les symptômes du, c'était l'épanchement péricardique qui l'a fait souffrir. Le sarcome en soi, il était tout petit.

Vanessa : Hum.

Caroline : Hein, c'était pas ça, c'était l'épanchement qui, qui l'a gêné. Et là, alors en rétrospect je me dis j'aurais dû reconnaître les symptômes ou, ou, ou l'entendre plus, l'écouter plus atten. attentivement. Et euh, de poser les bonnes questions.

Vanessa : Hum.

Caroline : Comme je dis, je ne l'ai pas fait !

Vanessa : Et donc si demain votre époux, venait vers ou en vous disant : « j'ai tels signes ».

Caroline : Je l'enverrais vers quelqu'un d'autre.

Vanessa : Peu importe euh...

Caroline : Bah je, si, si il me dit : « Oh lala, j'ai un petit peu mal à la gorge », ça dure 24 heures, ma foi ça peut aller hein !

Vanessa : D'accord.

Caroline : Mais si c'est quelque chose de plus important, euh non.

Vanessa : Vous confirez dans ce cas là à un confrère

Caroline : Oui, oui. Non j'en ai vraiment marre (*rire*) !

Vanessa : Oui. Et vous pensez que ça va être possible ? Est-ce qu'il va accepter ?

Caroline : Pas sûr !

Vanessa : Pas sûr.

Caroline : Parce que c'est quelqu'un, bah, de toute manière lui il a évolué aussi maintenant dans cet euh, dans cet, refus je dirais, des soins hein.

Vanessa : Oui.

Caroline : Il a évolué aussi, je pense qu'il acceptera plus facilement mais comme j'ai hein, c'était quelqu'un qui n'allait jamais voir le médecin. Vraiment jamais, jamais jamais.

Vanessa : Et du coup dans votre pratique médicale, est-ce que par exemple cet épisode avec votre époux, ça a pu changer la conduite à tenir que vous auriez face à un patient qui arriverait dans votre cabinet et qui aurait les mêmes signes ?

Caroline : (*silence 4sec*) Je crois pas. Je, je pense vraiment que c'est deux, deux choses à part. L'autre patient, je l'aurais pris au sérieux,

Vanessa : Oui.

Caroline : différemment, et puis je, je l'aurais écouté différemment et puis j'aurais, j'aurais réagi beaucoup plus tôt.

Vanessa : Du coup si on pouvait donner une conclusion, qu'est-ce qu'on fait finalement ? Est-ce qu'on s'occupe de ses proches, est-ce qu'on s'en occupe pas ?

Caroline : (*rire*) Non, en s'en occupe pas ! Alors non, comme je dis, je sais pas comment c'est pour les autres mais pour moi c'est pas, c'est pas bien. C'est pas bien.

Vanessa : Et on se sent quand même un peu forcé parfois ?

Caroline : Bah bien sûr, de toute manière, oui bien sûr mais comme je dis, moi j'ai appris à refuser maintenant hein. Je, je refuse. Je l'ai déjà fait beaucoup auparavant, si je le faisais, forcée par

certaines personnes mais finalement c'est l'expérience qui m'a appris que j'avais raison de pas soigner

Vanessa : Ouais.

Caroline : mon entourage quoi.

Vanessa : D'accord, très bien. Moi j'en ai terminé.

(sonnerie du téléphone du cabinet)

Caroline : C'est parfait !

Entretien N° 12

Vanessa : En ce qui vous concerne, ça fait à peu près combien de temps que vous êtes installée ?

Lise : 22 ans au mois d'avril !

Vanessa : 22 ans. Et est-ce que vous avez fait des formations particulières ? J'ai vu homéopathie.

Lise : Alors depuis que je suis installée vous voulez dire ? Parce que moi j'ai fait une formation de nutrition avant de m'installer.

Vanessa : D'accord.

Lise : A Bichat. Sinon j'ai fait euh... Qu'est-ce que j'ai fait ? De l'homéopathie, j'ai pa., j'ai passé mon diplôme sur donc deux ans y'a cinq-six ans, sept ans, peut-être sept ans maintenant, voilà.

Vanessa : D'accord.

Lise : Et depuis aussi une formation en acupuncture.

Vanessa : D'accord. On va rentrer dans le vif du sujet. Vous, quelle est votre expérience personnelle concernant la prise en charge de vos proches ?

Lise : De nos proches c'est-à-dire euh ?

Vanessa : Vos proches

Lise : La famille ?

Vanessa : ça peut être famille, amis proches.

Lise : Euh... Toujours compliqué » ! (*rire*) Mais bon, je f., je suis médecin traitant de mes parents alors c'est pas très bien hein ! Mais euh, parce qu'ils veulent pas, je les incite à trouver d'autres personnes mais ils veulent pas.

Vanessa : Pourquoi vous dites c'est pas très bien ?

Lise : Ah c'est pas très bien, parce que d'abord on a le sentiment d'obligation, de, d'immédiateté (*rire*) dans le suivi

Vanessa : Oui.

Lise : De choses comme ça. C'est touj., fin c'est compliqué quoi ! Mais voilà, après comme ils sont

suivis par d'autres personnes à côté euh, ça me fait relativiser mais...

Vanessa : D'accord.

Lise : Je pense que c'est pas, c'est pas forcément très bien. Et les amis, ou les gens qui deviennent des amis, c'est toujours compliqué parce qu'ils s'imaginent qu'ils ont droit de téléphoner le dimanche, le soir tard, n'importe quand, quand on travaille pas, qu'on est en vacances, en nous disant : « c'est pas grave si tu travailles pas mais je te le dis quand même » (*rire*). Déjà ils me l'ont dit voilà. Donc c'est un peu compliqué.

Vanessa : Et c'est facile ou difficile de, d'arriver à dire non dans ces cas-là ?

Lise : Bah c'est toujours difficile de dire non, fin moi je trouve, on a un métier où c'est jamais simple. Alors peut-être qu'il faut apprendre hein et j'essaye mais j'ai, depuis quelques années j'essaye quand même de dire non

Vanessa : Oui.

Lise : mais c'est jamais facile.

Vanessa : Et est-ce qu'il y a des personnes que vous avez un jour, catégoriquement refusé de prendre en charge ?

Lise : Euh... Non, non je crois que ça m'est pas, ça m'est pas arrivé. Mais par exemple, hier moi le mercredi je travaille pas, j'ai une fille qui a neuf ans, donc je m'en occupe et... Hier j'ai vu que j'avais une patiente, voilà qui est une amie qui, c'est pas non plus une amie super proche, mais c'est quelqu'un que je connais bien depuis très longtemps qui m'a, qui a mon portable, qui m'a appelé sur mon portable, j'ai pas répondu.

Vanessa : D'accord. Et vous estimez être déclarée médecin traitant pour à peu près combien de ces personnes-là qui sont famille ou amis proches ?

Lise : Oh bah je sais pas euh... Je pense que je suis déclarée médecin traitant pour euh... Mes parents

qui ont quand même des pathologies lourdes, je suis déclarée médecin traitant auprès de la caisse, les amis, bah en principe je les vois au cabinet dont je suis médecin traitant aussi hein.

Vanessa : D'accord.

Lise : Hum.

Vanessa : Et est-ce que ça se passe toujours bien ?

Lise : Après ça c'est plutôt à eux qu'il faut demander, fin, globalement j'arrive à faire la part des choses, fin je vous dis, au départ, je, je suis assez carrée là-dessus quand même. Si j'accepte, voilà après euh, y'a aussi des exigences liées à notre métier et que même si on est ami, on peut pas euh...

Vanessa : Hum. Et avec vos parents ?

Lise : Euh, ça se passe pas mal.

Vanessa : Oui. Est-ce que vous auriez des exemples de fois où ça se serait moins bien passé ou ?

Lise : Non, après je veux dire voilà, ils ont des pathologies hyper lourdes, fin lourdes, ouais, ma mère elle est, elle a été, elle a été dialysée pendant quelques années, elle est greffée des r., elle a 80 ans, greffée des reins, Parkinson, DMLA

Vanessa : D'accord.

Lise : cassée de partout, fin je veux dire c'est un peu compliqué quoi.

Vanessa : Oui.

Lise : Donc pour eux c'est vrai que c'est quand même plus simple de m'appeler à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit, quand ils ont un souci, que joindre un médecin qu'ils connaissent pas euh... Mais enfin ils ont déménagé sur la Croix-Rousse, ils sont en résidence, je leur ai... gentiment demandé de trouver quelqu'un parce que c'était quand même plus proche. Pour l'instant ils l'ont pas encore fait, voilà. Bon alors après je sais qu'il y a d'autres intervenants et des spécialistes qui rentrent en ligne de compte alors je suis un peu là

pour faire la synthèse quoi pour euh, mais voilà, c'est, c'est quand même pas trop compliqué.

Vanessa : D'accord. Et quelle place vous donneriez à tout ce qui est du ressort des émotions et de l'affectif dans ces relations de soin différentes d'avec un patient lambda ?

Lise : Ah ben c'est toujours plus compliqué parce que nous on a l'affect, fin je veux dire sur des pathologies qui sont plus lourdes, c'est toujours euh, pas forcément très simple, soit de dire euh, alors quand ça, c'est pas des choses trop graves euh, ça va mais euh, après la, la tournure, fin je pense qu'on peut se faire aider aussi euh, les spécialistes peuvent nous aider aussi. J'ai, j'ai pas pour ce côté émotionnel, j'ai pas eu trop de choses euh

Vanessa : Et c'est facile de faire confiance aux confrères euh ?

Lise : Ah ouais, fin après moi j'ai, fin je fais peut-être partie encore d'une génération antérieure et je fais globalement assez confiance, je dis pas que ça m'est pas arrivé de demander un autre avis ou quelque chose comme ça mais, je fais assez confiance ouais.

Vanessa : Oui. Et en général les, les proches euh, apprécient le, les décisions que vous prenez ou ?

Lise : Ben en principe oui.

Vanessa : Y'a pas, pas de souci.

Lise : Ben pas de souci. Alors après je vous parle de mes parents hein, donc ce sont des personnes quand même plus âgées.

Vanessa : Oui.

Lise : Après chez les amis c'est un peu compliqué parce que des fois euh, fin eux nous forcent à nous, à demander différents avis, des choses comme ça donc c'est à ce moment-là qu'il faut leur dire que voilà, c'est une relation de confiance, qu'en effet s'ils n'ont pas confiance faut les, fin qu'une fois

qu'ils ont eu un avis euh, voilà s'ils veulent d'autres avis, ils peuvent mais que voilà, c'est pas forcément justifié quoi.

Vanessa : D'accord. Et en général c'est bien pris selon votre discours

Lise : ça dépend, ouais en principe ça passe ouais.

Vanessa : *(rire)*

Lise : En principe ça passe.

Vanessa : Et est-ce que parfois on a peur de se tromper avec ses proches ? Plus qu'avec euh

Lise : Ah bah avec les gens qu'on connaît forcément, ouais ouais c'est...

Vanessa : Qu'est-ce qui ferait qu'on pourrait se tromper ? Plus qu'avec quelqu'un en cabinet.

Lise : Alors après ça peut être des gens qu'on voit au cabinet quand même hein, qui peuvent être des, des amis euh... Fin moi, moi j'ai une expérience euh... *(rire)* super compliquée qui m'a vraiment bouleversée, parce que voilà, je fais partie, je faisais partie d'un, d'une... d'une association fin je fais partie du conseil municipal de mon village.

Vanessa : D'accord.

Lise : Donc euh... J'ai suivi au départ en retraite d'un médecin un, quelqu'un euh... Qui était euh, qui avait des soucis dans son boulot, qui était volontiers, qui était dépressif,

Vanessa : Hum.

Lise : qui a présenté en plus un diabète de type gras, donc il a pas mal perdu de poids etc. et puis après les gros problèmes au boulot. Je l'ai vu, en effet il maigrissait un peu, il a avait pas de signes euh, donc on a fait faire, il fumait, j'ai fait faire une radio pulmonaire, fait faire des trucs comme ça. Et ce patient je l'ai pas tellement vu, je voyais que sa femme les jours où je travaillais pas, que je voy., parce qu'à l'époque j'étais, j'avais une collaboratrice et donc je ne travaillais jamais les vendredis.

Vanessa : D'accord.

Lise : Et les vendredis, quand moi j'allais chercher ma petite à l'école, je voyais sa femme qui me disait : « mais tu sais, il va pas très bien et tout » mais, lui il consultait pas spécialement. Donc la fin de l'histoire, c'est qu'il est mort d'un cholangiocarcinome. En fait je l., donc au bout d'un moment quand elle me disait ça sur le trottoir, je lui ai dit : « écoute, moi ce jour-là je ne travaille pas, j'ai une collaboratrice, en plus comme c'était des gens très syndiqués, euh

Vanessa : Oui.

Lise : Etc. Je lui ai dit « on a un, un contrat signé donc quand je ne travaille pas au cabinet, j'ai pas forcément le droit d'aller faire des visites et puis ça m'arrangeait aussi quand même hein

Vanessa : Bien sûr.

Lise : d'être défaussée là-dessus. Je lui ai dit : « faut aller voir ma collègue et puis, à ce moment-là si ça va pas, parce que voilà, elle m'a dit un jour, elle m'a dit : « mais il va pas bien, il vomit ! ». Donc là je lui ai dit : « ben il faut faire des examens, une écho, des choses comme ça et voir ce qu'il se passe ».

Vanessa : Oui.

Lise : Et c'est là qu'on a découvert qu'il avait... Mais il est parti assez vite. Ça arrive hein et...

Vanessa : Oui.

Lise : Ben du coup euh... j'ai reçu, quelques mois après son décès une lettre incendiaire me disant

Vanessa : Ah oui.

Lise : que j'avais tué son mari etc. Donc ça ça a été hyper long, j'ai mis quand même... il est mort y'a deux ans et je m'en remets, fin ça, ça a été compliqué hein euh. Ouais ouais, parce que j'ai reçu une lettre, donc moi j'ai appelé l'ordre des médecins en leur disant que s'il fallait faire quelque chose, j'étais prête à les rencontrer, en

expliquant tout comme ça s'est passé parce qu'en plus, bon ma collègue qui est mon associée maintenant, on en a vachement parlé ensemble hein euh...

Vanessa : Oui.

Lise : Et, donc en effet, elle ne l'avait pas vu plus que moi euh... Même dans les fois, en fait je voyais sa femme, elle me disait qu'il allait pas bien, mais s'il ne consulte pas, on peut pas faire. Mais c'est vrai qu'inconsciemment ça m'a vachement perturbée. Ça ça m'a vraiment beaucoup perturbée.

Vanessa : Parce que ça aurait été quelqu'un d'autre, vous auriez fait différemment ?

Lise : Non ! Si je l'avais vu, non, c'est pas ça, mais quand c'est en plus quelqu'un qu'on connaît bien et un truc comme-ça, fin voilà. On a l'impression euh, soit d'avoir trahi leur confiance ou qu'on n'a pas fait ce qu'il fallait au bon moment mais en effet si on les voit pas, c'est ce que, voilà j'ai ess., fin, je me suis entretenue avec Monsieur X., on a pu échanger pas mal de trucs euh... Voilà après euh... Honnêtement, j'ai reconsulté le dossier de plainte plein de fois

Vanessa : Oui.

Lise : J'ai, j'ai pas l'impression d'avoir manq., il serait venu me voir, voilà. J'ai pas euh... Après je pense que c'est normal hein, quand on a la colère de perdre quel., en plus voilà, elle elle m'assurait que s'il avait été greffé ; il aurait pas été greffé, c'est un cholangiocarcinome sur une hépatite B inconnue, fin je veux dire, je pense que y'avait pas d'autre solution et qu'à son âge, il serait parti vite, 57 ans. Il serait parti sûrement aussi vite. Mais je peux comprendre sa colère et tout, mais du coup c'est compliqué quoi, de, parce qu'on se sent vraiment euh... (*rire*)

Vanessa : Oui. On peut se sentir un peu coupable non?

Lise : Bah je sais pas, je me suis..., ben j'ai essayé de me dire que, j'ai revu le dossier en effet pour savoir si j'ai, vraiment j'étais coupable, ça peut arriver.

Vanessa : Hum.

Lise : Je l'ai pas senti comme ça, j'ai interrogé d'autres gens qui m'ont dit, au vu du dossier après expertise, tout ça, que bon à priori, je l'étais pas mais on reste pas forcément euh, je veux dire, même si on (*rire*) a le sentiment d'être coupable, c'est quand même compliqué quoi !

Vanessa : Et du coup, est-ce que avec un évènement comme ça, on change un peu sa façon de faire ?

Lise : Ouais je pense

Vanessa : sa pratique

Lise : Ah ouais je pense qu'on change euh, moi les, je suis beaucoup plus euh... exigeante, quand les gens me demandent des trucs par téléphone sans que je vois ou des choses comme ça, des renseignements ou un avis, je dis : « bah si je vois pas, je peux pas dire. », voilà. Ouais ça par contre

Vanessa : Et vous avez l'impression de toujours faire des examens complets, des... ? Parce que quand on voit pas au cabinet, on n'a pas forcément le matériel.

Lise : Oui alors après, mais moi je pense pas, je, je vois pas beaucoup quand même de proches

Vanessa : D'accord.

Lise : en dehors de... Je vois pas, à part éventuellement mes parents mais c'est un peu des cas à part euh... Je vois pas énormément de proches en dehors ou exceptionnellement un week-end, il se passe quelque chose, mais c'est plus euh, sur de la, des choses pour un conseil. Je, je, j'ai pas l'impression de euh, de faire beaucoup.

Sinon après en effet, quand on est à domicile et qu'on n'a pas grand-chose, des fois c'est compliqué hein.

Vanessa : Et vos parents ont pu vous faire des reproches sur des prises en charge

Lise : Ah jamais, non jamais

Vanessa : Non ils sont toujours...

Lise : Non jamais. Ben sinon ils seraient repartis voir quelqu'un d'autre

Vanessa : C'est ça !

Lise : Non non non non, mais c'est bien pour ça que eux, ils veulent voir personne d'autre et voilà. Mais euh... Non non, j'ai jamais eu de souci avec mes parents, pas de souci.

Vanessa : Du coup, si on devait se donner une conduite à tenir ça serait quoi ? C'est est-ce qu'on soigne nos proches, on les soigne pas ?

Lise : C'est, c'est compliqué hein. Euh... Moi j'ai une fille qui, voilà j'ai une fille, je la soigne quoi, je veux après en effet, si il me faut prendre un avis, je le prends volontiers hein euh... Je l'adresse à des correspondants si y'a des choses que je peux pas faire. Bon elle a de l'allergie, des choses comme ça, elle a les bilans, je peux pas faire, je la, je l'adresse ! Et je fais confiance dans ce qu'on me dit, voilà.

Vanessa : Et elle, elle est demandeuse de... de prise en charge par vous quand elle a quelque chose ?

Lise : Ah oui, oui, oui, elle elle préfère euh. Elle m'a encore dit l'autre jour : « mais c'est peut-être pas la peine d'y retourner », je lui dis : « mais si, on y va une fois par an,

Vanessa : (*rire*)

Lise : c'est bien, on fait tout ce qu'il faut et c'est un autre œil que le mien », ouais ouais je pense que c'est important.

Vanessa : Et vous avez l'impression qu'elle peut tout vous dire ?

Lise : Ah ben elle a que neuf ans hein, alors pour l'instant elle me dit tout

Vanessa : Ouais (*rire*)

Lise : après on verra bien , mais pour l'instant elle a que neuf ans, donc pour l'instant je pense qu'elle me dit tout oui.

Vanessa : D'accord.

Lise : Après on verra hein ! Après bien sûr qu'elle peut protéger aussi ou euh... ou des craintes mais je pense que c'est un peu petit quand même encore là

Vanessa : Oui neuf ans.

Lise : Ouais neuf ans.

Vanessa : Y'a quelques années encore (*rire*). Bon ben très bien, écoutez moi j'en ai terminé.

Lise : Bon bah c'est parfait.

Vanessa : Tout d'abord ben je vous remercie d'avoir participé à mon étude.

Lise : De rien.

...

ANNEXE D : définitions et terminologie

(Extrait de l'Etude nationale en Soins PRIMaires sur les évènements indésirables (54))

Définitions choisies par les institutions	
Institut américain de médecine (d'après Reason (2001))	Une erreur (<i>error</i>) est l'échec de résultat d'un ordre projeté d'activités mentales ou physiques quand cet échec n'est pas dû au hasard. Deux types d'erreurs : le résultat de l'exécution incorrecte d'un ordre d'action correct (<i>slip</i>) ou exécution correcte d'un ordre d'action incorrect (<i>mistake</i>). Une erreur est active si elle a un effet immédiat. La faute est une violation des règles de bonne pratique. Les facteurs latents sont révélés après analyse systémique d'une erreur (1)(2).
OMS 2002	La définition proposée pour un événement défavorable (<i>adverse event</i>) dans le rapport de l'OMS sur les événements défavorables dans la santé en Europe en 2002 est : " <i>Tout type d'événement, médical ou non, potentiellement susceptible de nuire au déroulement efficient de la prise en charge d'un individu, dans son recours à un système ou une organisation de délivrance de soins</i> ". Cette définition regroupe tant à la fois les erreurs humaines médicales que les défauts de produits de santé, que les défaillances des structures d'accueil, d'hébergement de la population et de l'organisation des soins qu'ils soient intentionnels ou non, par faute , négligence ou par omission, prévisibles ou non, évitables et/ou évités ou non , reconnus ou non, en hospitalisation ou en ambulatoire, liés à l'automédication ou non (3).
Académie Américaine des médecins de famille (2002)	Une erreur (<i>error</i>) est n'importe quel événement dans votre pratique qui n'était pas prévu ni anticipé et qui vous fait dire "Je ne veux plus que ça arrive dans ma pratique ; je ne veux pas que cela arrive de nouveau". Les erreurs peuvent être grandes ou petites, administratives ou cliniques ou des mesures adoptées ou non prises. Les erreurs peuvent avoir ou pas des effets discernables événement défavorable et presque incident. Les erreurs dans cette étude sont quoi que ce soit que vous identifiez comme quelque chose de mauvais à être évité dans l'avenir (4)(5).
JCAHO (2005)	Une erreur (<i>error</i>) liée aux soins est n'importe quel incident qui atteint la sécurité du patient, et qui n'est pas du à un processus physiologique ou pathologique intrinsèque (événements défavorable et presque incident) (6).
ASIPS (2006)	Une erreur (<i>error</i>) est n'importe quel événement qui peut porter atteinte au patient (événement défavorable ou presque incident) et dont vous souhaitez qu'il ne se reproduise pas de nouveau (7).
OMS ICPS (2007)	Événement indésirable (<i>Incident</i>): incident qui a entraîné une atteinte pour le patient. Presque incident (<i>Near miss</i>): incident qui n'a pas provoqué d'atteinte. Incident relatif à la sécurité du patient (<i>Patient Safety Incident</i>): événement ou circonstance qui a entraîné ou aurait pu entraîner une atteinte inutile pour un patient. L'emploi du terme inutile dans la définition rend compte de la survenue au cours des soins, d'erreurs, d'infractions, de torts causés au patient et d'actes dangereux commis délibérément, qui constituent des incidents inutiles, alors que certaines formes d'atteintes, comme une incision pour laparotomie, sont nécessaires. Seules les atteintes inutiles sont considérées comme des incidents. Les incidents peuvent résulter d'actes intentionnels ou non. Les erreurs sont par définition involontaires alors que les infractions sont intentionnelles. Une erreur est l'exécution non conforme d'un acte prévu ou l'application d'un plan incorrect (erreur par commission : on fait quelque chose qu'il ne fallait pas faire, ou par omission : on ne fait pas quelque chose alors qu'il fallait le faire. Une infraction implique le non respect délibéré d'une procédure, d'une norme ou d'une règle. Les infractions comme les erreurs augmentent les risques même si l'incident ne se produit pas (8).
Définitions choisies dans les études	
Rubin et al (2003)	L' erreur est un événement qui n'a pas été achevé comme prévu et/ou le travail a été perturbé d'une certaine façon (11).
Elder et al (2004)	Les erreurs et événements défavorables évitables (<i>preventable adverse events</i>) qui semblent arriver quotidiennement dans votre pratique (5).
Kuzel et al (2004)	L'erreur codée était toute forme de soin incorrect, retardé, ou omis qui lèse inutilement le patient (atteinte physique ou émotionnelle) en aggravant son état de santé ou de stress et qui était évitable (<i>preventable</i>) (10).
Kostopoulou et al (2006)	L'EI (<i>Patient Safety Event</i>) est défini par 3 critères : être nuisible ou potentiellement nuisible, résulter directement d'un processus de soin, être fortuit. Ce peut être soit un événement défavorable (<i>adverse event</i>) qui est défini par une situation où le patient souffre d'un préjudice permanent ou temporaire lié aux soins soit un presque incident (<i>near miss</i>) qui est défini par une situation où il n'y a pas de conséquence pour le patient du fait de la détection précoce et correction ou d'une physiologie robuste (13).

Jacobs et al (2007)	Les événements défavorables (<i>adverse event</i>) : incident qui cause une atteinte mais qui peuvent être évitables ou non (<i>preventable</i>). Et les erreurs : qui peuvent être évitables (<i>preventable</i>) ou corrigées mais qui n'entraînent pas forcément d'atteinte (14).
ENEIS (2004-2009)	Un EI est un événement clinique ou para clinique, non désiré par le patient et associé aux soins. La notion de soins est prise au sens général et comprend à la fois les stratégies et les actes de prévention, de diagnostic, de traitement et de surveillance. Il est grave s'il est à l'origine d'un séjour hospitalier ou de sa prolongation, d'une incapacité ou d'un risque vital. Il est évitable si l'on peut estimer qu'il ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de sa survenue. (9)
EVISA (2009)	Un EI lié aux soins extra hospitaliers est un événement défavorable pour le patient plus lié aux soins extra hospitaliers plutôt qu'à l'évolution naturelle de la maladie. Les soins extra hospitaliers concernent les actes de prévention ou de réhabilitation délivrés dans un cabinet médical, infirmier ou autre paramédical ou au domicile du patient. (10)
Kessels-Habraken et al (2010) <i>Near miss ?</i>	<i>Near miss</i> : Incidents au cours desquels la reprise sur erreur en temps opportun permet d'éviter à l'incident d'atteindre le patient <i>No harm incident</i> : L'incident a bien atteint le patient mais n'a pas causé de préjudice <i>Accident</i> : Incident qui a atteint le patient et qui a causé un préjudice (15)
	Barnard et al 2006 Un événement ou une circonstance qui avait le potentiel pour causer un incident mais qui ne s'est pas produit soit par une action de correction soit par une intervention à temps Kaplan and Rabin Fastman 2003 Un acte par commission ou par omission qui pouvait entraîner un préjudice pour le patient mais qui a été prévenu par une correction planifiée ou non Barach and Small 2000 Tout événement qui aurait pu avoir des conséquences indésirables et qui n'ont pas été distingué comme événement indésirable à part entière puisqu'il n'y a pas eu de conséquences Gurtwitz 2000 Erreurs qui n'ont pas eu la capacité de causer un préjudice pour le patient mais qui aurait pu en causer un qui a été évité soit par chance soit par interception Apsden et al 2004 Une erreur par commission ou par omission qui aurait pu causer une atteinte pour le patient mais qui n'a pas eu lieu soit par chance, soit par prévention soit par atténuation
O'Beirne et al. Canada 2010	D'après Elder et al : mise en évidence de la difficulté de reconnaître une erreur par les praticiens même avec la définition de Reason communément admise. Modèle d'Elder : pour aider le praticien à reconnaître un incident : Est ce que je connais la conséquence et y a t'il un dommage ? Cet événement est il commun ou rare ? La responsabilité est elle systémique ou individuelle (16) ?
O'Beirne et al. Canada 2011	Patient Safety Incident Source ICPS : <i>événement ou circonstance qui a entraîné ou aurait pu entraîner une atteinte inutile pour un patient</i>
Dorien LM Zwart 2012 The Netherlands	Tout événement involontaire ou inattendu qui aurait pu entraîner ou pas une atteinte pour un ou plusieurs patients recevant des soins (17)

DEMOND épouse DELMAS Vanessa : Soigner ses proches : une erreur ?

Recherche des facteurs contributifs d'évènements indésirables lors de soins délivrés par un médecin généraliste à ses proches. Etude qualitative auprès de douze médecins généralistes par entretiens semi-dirigés.

Nbr f. 180 Fig. 8

Th. Méd : Lyon 2014 n°

Résumé :

INTRODUCTION : La relation médecin-« proche patient », basée sur le lien psychoaffectif, bouleverse le raisonnement médical, favorise la survenue d'évènements indésirables liés aux soins (EIAS). L'objectif est d'identifier les facteurs contributifs d'EIAS lors de soins prodigués à un proche par un médecin généraliste (MG).

METHODE : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de MG exerçant en libéral avec retranscription et anonymisation des enregistrements. Analyse des données selon la théorie ancrée avec codage manuel axial, transversal et triangulation.

RESULTATS : Douze MG ont été interrogés. Les proches sont la famille, amis ou collègues. Les facteurs contributifs d'EIAS sont médecin-dépendants (fatigue, examen incomplet, inattention, raisonnement erroné...), patients-dépendants ou en lien avec leur relation (manque d'informations, préjugés, subjectivité, émotions...), facteurs liés au système de soin, à la maladie. L'impact psycho émotionnel est important avec des réactions de défense, modifications de relations et de pratiques.

DISCUSSION : Peu d'EIAS graves sont retrouvés. Certains facteurs sont communs lors d'EIAS chez des patients classiques, d'autres sont spécifiques. Les MG donnent des soins à leurs proches pour des pathologies bénignes, sinon renvoient sur un confrère. Les conditions de soins sont souvent inadaptées. L'affect troublerait le jugement du MG, perturberait le rationnel et l'intuitif.

CONCLUSION : Les EIAS surviennent en l'absence de cadre physique et psychique, avec confusion des rôles. Si un MG prend en charge ses proches, il doit savoir dans quel cadre procédural et contextuel il le fait pour tendre à une qualité de soins optimale.

MOTS CLES : médecins généralistes - effets indésirables - famille - relations médecin-malade

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Cyrille COLIN

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Louis TERRA
Madame le Professeur Sylvie ERPELDINGER
Monsieur le Docteur Marc CHANELIERE

DATE DE SOUTENANCE : le 21 octobre 2014

Adresse de l'auteur : 15 avenue Galliéni 69500 BRON

vanessa@delnet.fr