

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Mathilde LIMOUZIN

née le 13/02/1986 à MONTAIGU

Présentée et soutenue publiquement le 06/01/2015

**POUR QUELLES RAISONS LES PATIENTS NON DEPENDANTS VIENNENT-ILS CONSULTER
ACCOMPAGNES D'UN PROCHE EN MEDECINE GENERALE ?**

Président : Madame le Professeur **A. BONNAUD ANTIGNAC**

Directeur(s) de Thèse : Professeur **J.P. CANEVET** et Docteur **C. GRIMAUULT**

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

Madame le Professeur Angélique BONNAUD ANTIGNAC

Professeur des Universités

Psychologue clinicienne en cancérologie

Département de sciences humaines et sociales

Je vous remercie d'avoir accepté la présidence de ce jury. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE

Professeurs des Universités et Praticien Hospitalier

Psychiatre

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

Madame le Docteur Anne DELCHER

Praticien Hospitalier

Gériatre

Je vous remercie pour votre transmission de savoir et savoir-faire et votre écoute chaleureuse durant mon internat.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Jean-Paul CANEVET

Professeur Associé de Médecine Générale

Médecin généraliste

Je vous remercie d'avoir accepté de codiriger ce travail, de m'avoir guidée, encouragée, et soutenue tout au long de sa réalisation. Merci pour votre disponibilité et vos précieux conseils.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Madame le Docteur Charlotte GRIMAULT

Chef de clinique au Département de Médecine Générale

Médecin Généraliste

Je vous remercie d'avoir accepté de codiriger ce travail, de m'avoir guidée et conseillée.

Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assurée de mon profond respect.

REMERCIEMENTS

Un grand merci aux Docteurs BOURDET Teddy, COSSARD Philippe, LEBRETON Didier, PRAUD Jean-Baptiste, SURRAULT Anne, qui m'ont ouvert les portes de leurs cabinets, permis de rencontrer les patients de cette étude, et accompagnée avec bienveillance dans ma formation de médecin généraliste.

Un grand merci également à tous les patients qui ont accepté de participer à cette étude en offrant un peu de leur temps et qui m'ont accueillie dans l'intimité de leur domicile.

A tous les médecins et soignants que j'ai rencontrés au cours de mes années d'étude, en stage hospitalier ou extrahospitaliers, et qui de près ou de loin m'ont transmis un peu de leur savoir-faire et de leur savoir-être, et leur intérêt porté pour l'autre.

A tous les patients rencontrés au fil des années, qui m'ont donné envie d'avancer, et qui chaque jour me rappellent pourquoi j'ai choisi ce métier.

A mes parents, sans qui je n'en serais pas là aujourd'hui. Merci de m'avoir transmis ce que l'on ne nous apprend pas au cours des études médicales : vos qualités humaines, relationnelles, vos valeurs, votre attention à l'autre, toutes ces petites choses indispensables à mon métier de médecin généraliste. Merci pour votre soutien sans failles, votre accompagnement, vos encouragements, et votre amour.

A mes grands-parents. Merci pour votre accompagnement tout au long de cette thèse, et bien plus encore. Je vous dois beaucoup. Merci pour tous ces échanges riches et constructifs, merci pour tous ces instants de partage.

A mes frères et sœurs, Florent, Lisa, Julien, Quentin et Pauline. Merci pour votre patience et votre soutien durant mes études. Merci Julien pour l'intérêt que tu as porté à ce travail de thèse, merci pour tes conseils avisés et passionnés.

A Florence, merci pour ta présence et ton soutien à chaque événement de ma vie. Tu es plus qu'une marraine pour moi.

A ma belle-famille, merci de m'avoir accueillie chaleureusement et avec bienveillance. Merci pour votre générosité et votre soutien.

A Marion, merci pour tous ces moments partagés durant ces études de médecine. Merci pour ton soutien, tes précieux conseils, et ton optimisme. Merci pour ton Amitié.

A Lise, merci pour cette amitié depuis tant d'années. Merci pour ces moments de divertissements au milieu de mes heures de travail. Merci pour ton soutien et ton oreille attentive.

Et enfin,

A Damien. Merci pour tout. Merci pour ton soutien, tes encouragements, ton regard constructif sur mon travail, ton Amour. Merci d'être là auprès de moi chaque jour.

SOMMAIRE

La table des matières détaillée se situe après la bibliographie, page 160.

Remerciements aux membres du jury	2
Remerciements	4
Sommaire	6
Abréviations	9
I. INTRODUCTION	11
1. Problématique.....	12
1.1 Contexte de l'étude	12
1.2 Constats sur le thème abordé	14
1.3 Définitions	18
2. Question de Recherche	19
3. Objectifs de l'Etude	20
II. METHODE	21
1. Le Type d'Etude	22
2. La Population Etudiée.....	23
2.1 Critères d'inclusion	23
2.2 Critères de non-inclusion.....	23
2.3 Echantillon.....	24
3. Le Déroulement de l'Etude.....	25
3.1 Recrutement des patients	25
3.2 Prise de rendez-vous et présentation du sujet	25
3.3 Réalisation d'un guide d'entretien	26
3.4 Déroulement des entretiens	27
3.5 Retranscription des entretiens et anonymisation des données	29
3.6 Considérations éthiques.....	29
4. Analyse des Résultats	30
III. RESULTATS.....	31
1. La Population Etudiée.....	32
1.1 Echantillon	32

1.2	Age des Patients	32
1.3	Sexe	32
1.4	Nationalité	32
1.5	Lieu de résidence.....	32
1.6	Niveau d'études.....	32
1.7	Catégories socioprofessionnelles	33
1.8	Situation Familiale	34
1.9	Motif de la consultation	35
1.10	Antécédents Notables des Patients.....	35
2.	Les Entretiens	36
2.1	Temporalité	36
2.2	Lieu	36
2.3	Durée	36
2.4	Sujets abordés	36
3.	Analyse Conceptuelle	37
3.1	Un besoin de justification.....	37
3.2	Une perception négative des médecins	41
3.3	Des histoires singulières de relation avec les figures parentales.....	56
3.4	La maladie, évènement redouté et redoutable	69
3.5	L'affirmation d'une relation patient-tiers privilégiée en réparation à d'anciennes relations blessées	90
3.6	Un tiers, patient par procuration	95
3.7	Limites de la présence du tiers	97
IV.	DISCUSSION	100
1.	Discussion de la Méthode	101
1.1	Recrutement.....	102
1.2	Informations délivrées par les patients.....	102
1.3	La méthode de recueil des données	103
1.4	Présentation de l'enquêteur	103
1.5	Points faibles et Difficultés rencontrées	104
1.6	Points forts	105
2.	Discussion des Résultats.....	107
2.1	La population étudiée.....	107
2.2	Un besoin de justification.....	109

2.3	Un besoin de protection contre les médecins	111
2.4	Le tiers, figure parentale de substitution	123
2.5	Le tiers, protecteur face à la maladie.....	131
2.6	L'affirmation d'une relation patient-tiers privilégiée en réparation à d'anciennes relations blessées	142
2.7	Un tiers patient par procuration	144
2.8	Limites de la présence du tiers.....	146
V.	CONCLUSION	148
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	152
VII.	TABLE des MATIERES.....	160
VIII.	ANNEXES.....	167
ANNEXE 1.	Guide d'Entretien	168
ANNEXE 2.	Tableau des Caractéristiques des Patients.....	169
ANNEXE 3.	Les Entretiens	170

ABREVIATIONS

BTS : Brevet de Technicien Supérieur

BEP : Brevet d'études professionnelles

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CSA : Conseil, Sondage et Analyse

CSP : Catégorie Socio Professionnelle

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

HTA : Hypertension Artérielle

IFOP: Institut français d'opinion publique

IUFM : Institut Universitaire de Formation des Maîtres

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance

TNS SOFRES: Taylor Nelson Sofres Société française d'enquêtes par sondages

URML: Union Régionale des Médecins libéraux

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Organisation mondiale des médecins généralistes)

« Il en va de la médecine comme d'autres domaines d'exercice professionnel tournés vers l'autre, on ne s'y adonne pas pleinement sans motivation profonde. »

Martin WINCKLER, En soignant, en écrivant

I. INTRODUCTION

1. Problématique

1.1 CONTEXTE DE L'ETUDE

Les constatations cliniques faites au cours des études, à l'occasion de consultations pour lesquelles le patient se faisait accompagner par un proche sans nécessité matérielle ou relationnelle évidente, ont conduit à nous interroger sur les logiques de ces patients, sur le rôle, symbolique ou non, joué par ce proche. Celui-ci était parfois là, aux côtés du patient, intervenant, ou non dans la discussion. Nous avons constaté que, du point de vue du médecin, la présence de ce tiers pouvait à la fois être une aide à la compréhension du problème du patient, tout comme il pouvait être un obstacle à sa prise en charge. Aussi, différentes études ont déjà montré les impacts positifs (1) ou négatifs (2) de la présence d'un tiers en consultation. Les publications sur le sujet, peu nombreuses, décrivent quelques déterminants de cette pratique de consultation accompagnée (3), ses impacts, ou bien la perception qu'en ont les médecins généralistes (3).

A l'heure où la prévalence des patients porteurs de troubles cognitifs comme la maladie d'Alzheimer est croissante, une importance est donnée dans la littérature à l'accompagnant en tant qu'aidant naturel (2,4–7). Celle-ci est également riche en études abordant la place du proche dans l'accompagnement des personnes en fin de vie (7,8), ainsi que des patients atteints du virus SIDA (9).

De la même manière, alors que les consultations tripartites ne sont pas rares en médecine, la plus grande partie de la littérature sur la communication entre le médecin et son patient évoque seulement les interrelations entre deux personnes : le patient et son médecin (3,7).

Même si les consultations en présence d'une tierce personne sont plus fréquentes aux âges extrêmes (enfant et sujet âgé dépendant), elle se produit aussi régulièrement dans les âges intermédiaires. En effet, 18% des 21-60 ans sont accompagnés d'au moins une personne en consultation (7).

Pourtant, qu'il s'agisse d'une pathologie aiguë et passagère, d'une maladie chronique, d'une maladie cancéreuse, tout patient, et ce quel que soit son âge, son état de santé, ou son milieu socio-professionnel, peut ressentir le besoin d'être accompagné en consultation de médecine générale (3). De plus, en tant que « médecin de famille », le médecin généraliste est largement concerné par cette problématique.

D'autre part, on connaît encore peu l'expérience vécue par les proches, ainsi que leurs représentations sociales de la maladie ou de la santé du patient qu'il accompagne. Pourtant, la notion de représentation est intéressante puisqu'elle influe sur l'expérience quotidienne des individus.

Comme l'a défendu G. ENGEL dans les années 70 (10), la prise en charge d'un patient implique la prise en compte de son individualité dans sa globalité, c'est-à-dire de son environnement et de ses ressources bio-psycho-sociales. **Dès lors comment ne pas s'intéresser aux proches du patient afin de mieux comprendre sa complexité ? Comment ne pas prendre en compte les interactions qui se jouent dans ces relations, et qui nécessairement influencent le patient, dans tout son être, mais également dans sa maladie ?** A la suite de G. ENGEL, M. VANNOTTI s'est lui aussi intéressé aux dimensions bio-psycho-sociales du patient. En ce sens, il déclare que « *La maladie est un évènement qui atteint un corps vivant habité par un sujet, mais aussi un corps social ; organisme marqué de part en part par la structure de l'échange et, plus spécifiquement, par celle de la communication intersubjective.* » (11). Ainsi, la maladie en perturbant le patient sur le plan biologique, perturbe aussi l'homme en tant que « *sujet de relations aux partenaires de son environnement.* » (11).

Par ailleurs, la WONCA inclut elle aussi dans sa définition de la médecine générale, cette notion de systémie : « *Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires [...] Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.* » (12).

Reprenant ces idées-là, C. RICHARD et M-T. LUSSIER, expliquent que la famille constitue le contexte le plus important au sein duquel le patient évolue (7). Ils développent le fait qu'il est de plus en plus reconnu que la famille constitue un milieu d'éducation à la santé, que la maladie peut altérer la dynamique familiale, et que la famille influence l'évolution de la maladie. Ainsi, elle exerce une forte influence sur les croyances, les attitudes, les comportements liés à la santé d'un individu (7).

Avec un regard similaire, I. MOLEY-MASSOL écrit : « *les rapports qui unissent le patient à ses proches dans la maladie sont toujours complexes, ambivalents, fluctuants.* » (13). Elle explique que pour tout médecin confronté à un patient présentant une maladie chronique ou une maladie grave, il est important de savoir décrypter ce qui est en jeu dans la relation entre le malade et ses proches.

Ainsi, comme l'exprime C. REYNAERT « *Aucune relation humaine n'est entièrement maîtrisable. Le soignant doit accepter les intrusions, les irrptions, le fait que d'autres puissent avoir un impact sur le patient dont il s' occupe , avec qui il s'efforce de cheminer* » (14).

1.2 CONSTATS SUR LE THEME ABORDE

D'après B. FANTINO dans l'étude REMEDE¹ (dont l'objectif était de décrire le rôle et la place des accompagnants des patients en consultation, selon la perception qu'en ont les médecins généralistes), en moyenne, un patient sur trois vu au cabinet et deux patients sur trois vus à domicile sont accompagnés d'un proche. Dans cette étude, il n'y a pas de distinction faite entre le patient accompagné pour raison matérielle ou non (3). Une étude menée par A-M. ROSLAND démontre que 48 % des patients non dépendants présentant un diabète ou de l'insuffisance cardiaque viennent accompagnés en consultation de médecine générale (15). Une autre menée en 2002 aux Etats-Unis par L. SCHILLING sur la présence et l'influence d'une tierce personne en consultation, montre que sur un panel de 1294 consultations, 29% (n= 374) des patients venaient accompagnés d'un tiers chez le médecin, et que 16% (n=212) des 1294 patients venaient avec ce tiers dans le cabinet du médecin (1).

¹ REMEDE : Relation MEDecin-Entourage

Ces études montrent que les patients accompagnés sont plus âgés, moins instruits, en moins bonne santé avec un niveau social moins élevé que ceux qui consultent seuls. Ceci est confirmé par les travaux de H. ISHIKAWA (16). Il montre aussi que dans 60% des cas, la présence du tiers facilite la communication avec le médecin. De plus, les patients accompagnés sont plus satisfaits de leur médecin, concernant les informations délivrées, la relation interpersonnelle, que les patients qui consultent seuls (5).

A-M. ROSLAND dans son étude traitant de la participation des proches à la consultation médicale chez le médecin traitant pour les patients diabétiques et insuffisants cardiaques, met en évidence que la présence du tiers est associée de manière significative à une meilleure satisfaction des patients de leur médecin traitant (15).

Par ailleurs, B. FANTINO démontre que les patients sont fréquemment accompagnés en cas de maladies neuropsychiatriques (dont la dépression, la maladie d'Alzheimer, la démence, la maladie de Parkinson et l'épilepsie), d'infections ORL, de pathologies cardiovasculaires (dont l'HTA et l'insuffisance cardiaque), de pathologies ostéo-articulaires et de pathologies broncho-pulmonaires (3).

Les rôles potentiels attribués à l'entourage par les médecins généralistes (et non pas par les patients), dans son étude sont essentiellement **des rôles d'aide** (3):

- au choix de maintien à domicile ou institutionnalisation ;
- au diagnostic par l'observation ;
- au respect et à l'observance des traitements ;
- à l'observance et à l'alerte en cas de besoin ;
- à l'évaluation de l'efficacité du traitement ;
- au soutien psychologique du patient ;
- au respect des règles hygiéno-diététiques ;
- à décider de la stratégie thérapeutique.

Dans l'étude menée par L. SCHILLING en 2002 (1), qui traite du rôle et de l'influence d'une tierce personne en consultation médicale, les raisons déclarées par le patient lui-même concernant la présence de son proche en salle de consultation étaient les suivantes :

- une aide au transport ;

- tenir compagnie au patient ;
- aider à comprendre les propos du médecin ;
- aider à retenir les conseils du médecin ;
- apporter un soutien émotionnel ;
- exprimer ses préoccupations au sujet du patient ;
- aider à prendre des décisions médicales ;
- aider avec la compréhension de la langue ;
- aider avec les moyens de paiement.

Des études avec des sujets âgés ont montré que la présence d'un accompagnant avec le patient avait des effets négatifs, notamment un temps de parole moindre, moins de décisions partagées, et que les patients accompagnés recevaient moins d'attention de la part de leur médecin (2). La psychologue S. ROSE dans une étude sur la présence du tiers dans la consultation avec un sujet âgé (6) explique que la présence du tiers, même si elle est bienveillante, n'est pas neutre, et a de multiples répercussions sur la consultation (au niveau communicationnel, psychique). La présence du tiers peut déséquilibrer la relation primaire avec son patient. Son étude démontre qu'avec un proche, la censure est importante.

En revanche, SHILLING a constaté que médecins et patients trouvaient tous des aspects positifs à la présence du tiers en consultation (1). De son côté, SHIELDS , établit qu'il y a peu de différence sur la communication médecin-patient entre un patient consultant seul et un patient venant accompagné (4).

Dès lors, de multiples questions s'imposent à nous. **Pourquoi certains patients, non dépendants physiquement et matériellement, choisissent-ils de venir accompagnés en consultation ? Est-ce un choix ? Quelles sont leurs raisons, leurs motivations ? Quelle est la nature symbolique du lien entre le patient et son tiers ? Quel lien le patient entretient-il avec le monde médical ? Et le proche ?**

Comment le médecin perçoit-il ce tiers ? Mais aussi, comment le médecin perçoit-il ce patient ? Quelle perception du médecin le patient a-t-il ? Et son proche ? Que ressent le

médecin face à cette consultation tripartite? Quelles sont les attentes du patient vis-à-vis de ce tiers ? Le tiers a-t-il lui aussi des attentes ? Pourquoi parfois un patient a-t-il un accompagnant alors que celui-ci reste muet ? La présence de ce tiers modifie-t-elle la prise en charge ? Influence-t-elle le diagnostic ? Le médecin peut-il tout dire à son patient en présence de ce tiers ?

1.3 DEFINITIONS

Avant de débiter ce travail, il nous semble utile de définir quelques termes :

- Proche
 - Définition : Qui a de profondes affinités, qui entretient des relations étroites avec quelqu'un d'autre (Larousse) (17). Lié par la parenté (Littré) (18)
 - Etymologie : du latin « proximus », le plus proche, la forme proche vient de propius, comparatif de propis ou prope (18)
- Tiers
 - Définition : Personne étrangère au groupe considéré (Larousse) (19). Une troisième personne, et, par extension, une personne étrangère (Littré) (20)
 - Etymologie : du latin tertius, troisième, qui est dérivé de tres, trois (Littré) (20)
- Accompagnant
 - Définition : Personne qui en accompagne une autre régulièrement (Larousse) (21)
- Patient
 - Définition : Personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale (Larousse)(22), Celui qui est entre les mains des chirurgiens, ou, en général, le malade (Littré)(23)
 - Etymologie : du latin. patientem, de pati, souffrir. (Littré) (23)

2. Question de Recherche

Au vu de notre problématique, le choix a été fait d'explorer les pratiques et points de vue des patients pour tenter de mieux comprendre les logiques qui guident cette conduite et le sens que les patients peuvent lui donner. La question retenue est la suivante :

« POUR QUELLES RAISONS LES PATIENTS NON DEPENDANTS VIENNENT-ILS CONSULTER ACCOMPAGNES D'UN PROCHE EN MEDECINE GENERALE ? »

3. Objectifs de l'Etude

Pour contribuer à éclairer les raisons amenant un patient non dépendant à venir consulter avec une tierce personne en consultation de médecine générale, **une enquête qualitative** visant à mieux comprendre selon quelles logiques, quelles motivations, quelles étapes et quels processus fonctionnaient ces patients, a été élaborée.

Le but de cette démarche est une meilleure compréhension des patients présentant ce profil, de leur personnalité, leur mode de raisonnement, et permettant une meilleure compréhension de leurs symptômes, comment ceux-ci s'inscrivent dans leur trajectoire de vie.

Ainsi, ce travail s'inscrit dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins, d'amélioration de la qualité relationnelle entre les patients et les médecins généralistes, et de contribution à une approche empathique, pour les médecins généralistes amenés chaque jours à rencontrer, écouter, soigner et accompagner ces patients. Son but est de **proposer des hypothèses**, pour une meilleure adaptation du médecin face à ce type de relation tripartite/triangulaire, facilitant alors l'alliance thérapeutique, et permettant donc une meilleure prise en charge du patient dans sa dimension bio-psycho-sociale.

II. METHODE

1. Le Type d'Etude

Il s'agit d'une **enquête qualitative**, transversale par **entretiens individuels semi-dirigés** de patients volontaires, traitant des consultations avec leur médecin généraliste et explorant leur rapport à la santé.

Les ouvrages suivants ont servi de support méthodologique à la réalisation de ce travail: « L'enquête et ses méthodes – L'entretien », de Alain BLANCHET et Anne GOTMAN (24), et « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales », de Pierre PAILLE et Alex MUCCHIELLI (25) .

L'analyse qualitative permet d'étudier les phénomènes complexes dans leur contexte naturel (26). Elle est une recherche de significations. Notamment parce qu'elle prend appui sur l'écriture, donc sur le langage, elle est « traversée » de toute part par le sens : importation de sens, recherche de sens, production de sens (25).

Le but d'un **entretien semi-directif** est d'approcher au moyen de l'analyse d'un discours spontané, les différents déterminants, les différentes interactions ou événements concernant le patient, et qui permettent alors de comprendre une logique à ce choix dans leur approche du médecin traitant, ainsi que leur mode de fonctionnement (24).

La méthode par entretien s'impose chaque fois que le chercheur ignore le monde de référence, ou bien ne veut pas décider à priori du système de cohérence interne des informations recherchées (24). Il convient pour l'étude de l'individu et des groupes restreints (24). L'objectif de ce travail n'est pas de vérifier des hypothèses posées à priori, les questions causales, les « pourquoi », mais de tenter de comprendre le fonctionnement interne de ces patients, les processus en jeu et les « comment »(24). Selon le discours prononcé, nous étudierons d'éventuelles récurrences ou différences entre les corpus.

2. La Population Etudiée

Cette population regroupe tous les patients venant en consultation chez leur médecin généraliste accompagnés d'un tiers, sans nécessité évidente matérielle, psychique ou physique.

Au sein de cette population, nous avons recruté un échantillon de patients volontaires.

Il s'agissait d'un recrutement de proche en proche avec intention de variation maximale.

Pour être recruté, le patient devait présenter les critères d'inclusion notés ci-dessous.

2.1 CRITERES D'INCLUSION

Les critères d'inclusion des patients dans cette étude étaient :

- Venir régulièrement consulter au cabinet du médecin traitant, accompagné d'une tierce personne (exclusion des visites à domicile où il peut y avoir une tierce personne liée au contexte)
- Homme ou femme
- Quel que soit le lien existant avec la tierce personne
- Etre âgé d'au moins 18 ans
- Etre disponible au moins une heure et donner son accord à la réalisation de cet entretien, et de son enregistrement.

2.2 CRITERES DE NON-INCLUSION

Les critères de non inclusions des patients dans cette étude étaient :

- Présenter des troubles cognitifs

- Patients venant accompagnés, mais demandant tous deux une consultation
- Toute personne venant avec un aidant pour une raison matérielle ou langagière

2.3 ECHANTILLON

La taille de l'échantillon pour cette étude par entretien est réduite, dans la mesure où **les informations tirées des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas nécessité de l'être par leur probabilité d'occurrence** (24). Une information donnée une seule fois dans un entretien est importante (24).

De plus, dans une étude qualitative, ce n'est pas la taille de l'échantillon qui importe mais sa qualité (26). La sélection des patients doit capter différents points de vue du phénomène étudié (26).

3. Le Déroulement de l'Etude

3.1 RECRUTEMENT DES PATIENTS

Les patients ont été sollicités au cours des consultations dans trois cabinets de médecine générale de Vendée, dans lesquels l'enquêtrice a effectué son stage de médecine générale de premier niveau, entre novembre 2013 et mai 2014. Lors de ces consultations, l'enquêtrice n'était pas en situation de soins, mais présente en tant qu'observatrice.

Lorsqu'un patient présentait les critères d'inclusion cités précédemment, nous lui propositions à la fin de la consultation, de participer à un entretien. Nous lui expliquions les modalités de l'entretien et qu'il était libre de refuser. Chaque patient était recontacté par téléphone ultérieurement, afin de fixer un rendez-vous pour l'entretien. La connaissance par les médecins généralistes de leur patientèle nous a permis de recruter des patients qui venaient avec un proche de manière régulière.

L'arrêt effectif du recrutement a été déterminé selon un critère de saturation des données, c'est-à-dire après l'absence de nouvelle donnée pertinente au bout de trois entretiens successifs (24). En effet, à partir d'un certain nombre d'entretiens, les informations recueillies apparaissaient redondantes et semblaient ne plus rien apporter de nouveau, sous réserve d'avoir recherché un maximum de diversification (24).

3.2 PRISE DE RENDEZ-VOUS ET PRESENTATION DU SUJET

Après le premier contact lors de la consultation, les patients ayant au préalable accepté de délivrer leurs coordonnées à l'enquêtrice étaient recontactés par téléphone dans les jours suivants. Leur accord à la participation de cet entretien était de nouveau demandé. Nous leur expliquions qu'ils étaient libres d'y renoncer. Sur les treize patients, nous n'avons rencontré aucun refus ni réticence.

Lors de ce recrutement, les informations délivrées au patient concernaient :

- Le fait que l'enquêtrice était en fin de cursus de médecine générale, et réalisait dans ce cadre une thèse.
- La présentation du sujet, sans en dévoiler explicitement l'objet : travail de recherche sur la relation médecin-patient en médecine générale (27).
- Les modalités de l'enquête : entretien semi-dirigé enregistré avec garantie d'un anonymat et d'un droit de regard (27).
- Concernant le lieu de l'entretien, il a été proposé aux participants de réaliser cet entretien à leur domicile. Tous ont accepté. Ces entretiens réalisés au domicile des patients nous ont semblé adaptés à notre travail pour les raisons suivantes :
 - Favoriser l'accord du patient, qui ainsi n'a pas à se déplacer. En effet, l'étude étant réalisée principalement en milieu rural, les distances parcourues par les patients pour venir chez leurs médecins dépassent parfois la dizaine de kilomètres.
 - Permettre au patient de se sentir à l'aise dans un cadre qui lui est familier, favorisant ainsi la création d'un contexte propice à l'expression de soi.

Les critères d'inclusion étaient vérifiés. Une date d'entretien était fixée, pour la majorité (onze d'entre eux), dans la semaine qui suivait notre entretien téléphonique. Pour les deux restants, le rendez-vous a été fixé dans le mois qui suivait.

3.3 REALISATION D'UN GUIDE D'ENTRETIEN

Un guide d'entretien ([annexe](#)) fut élaboré avant le début des entrevues (27,28). Celui-ci recensait une liste de thèmes à aborder avec les patients. Il nous a servi d'aide-mémoire, mais ne devait pas apparaître aux yeux des patients durant les entretiens. En un mot, nous devons connaître les thèmes sans avoir à les consulter durant l'entretien, ni à les formuler sous forme de questionnaire (24).

3.4 DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Avant de débiter l'entretien, des vérifications étaient effectuées : La demande d'accord du patient à sa participation était réitérée, son accord à un double enregistrement de l'entretien était demandé, les garanties de confidentialité étaient elles aussi rappelées au patient.

Les entretiens ont été enregistrés en double (27,28), avec un dictaphone numérique « OLYMPUS VN-3100PC », et d'un smartphone « ALCATEL ONE TOUCH ». Ces enregistrements nous permettaient par la suite une retranscription mot à mot des entretiens, ainsi qu'une attitude d'écoute optimale lors des entrevues (28). Dès lors, les patients se lançaient librement dans l'évocation de cette consultation. Une écoute active était réalisée, en respectant le discours du patient, ses silences, et en observant ses éventuelles gestuelles ou mimiques.

Nous avons choisi la méthode des entretiens individuels semi-dirigés (24). Il s'agit de recueillir des informations lors d'un entretien en tête à tête avec la personne enquêtée, par l'intermédiaire de questions pertinentes de l'enquêteur, en lien avec le sujet (24). Celles-ci sont introduites le plus naturellement possible dans la conversation. Elle encourage une expression fidèle et précise de l'enquêté (24). L'enquêteur quant à lui doit adopter une attitude ouverte et bienveillante, sans conseil ni jugement (24). Son introduction rappelait au patient le sujet de l'entretien (24,25) (qui devait rester très général afin de ne pas influencer le discours de l'interviewé).

Puis nous invitons les patients à s'exprimer sur la dernière consultation chez leur médecin traitant, c'est-à-dire la consultation où le patient était venu accompagné. L'entretien était débuté par la même formulation pour tous les patients par la consigne :

« Pour commencer, j'aimerais que vous me racontiez comment s'est passé votre dernier rendez-vous chez votre médecin traitant ». Les patients enchaînaient tout de suite sur le motif de consultation, ou bien sur tout autre chose.

Suivait une trame de questions ouvertes avec relances et clarifications (24), ayant pour but d'explorer la relation du patient avec cette tierce personne, le vécu d'une maladie pour le patient, le vécu de la maladie d'un proche, d'évoquer des souvenirs dans l'enfance liés à la maladie, à des consultations chez le médecin, sa relation à cette tierce personne etc. Nous recherchions à faire évoquer par le patient ses émotions au cours de ces différentes situations vécues, ainsi qu'à le faire parler de ses expériences en lien avec ces thèmes.

Par la suite, selon les propos du patient, nous utilisions des relances afin de lui permettre de rétroagir sur son discours, afin de l'amener à développer certains sujets, ou à expliciter sa pensée. Enfin, si certains thèmes de la grille d'entretien n'apparaissaient pas spontanément dans le discours du patient, nous l'abordions, avec le plus de tact possible.

La fin de l'entretien survenait lorsque l'ensemble des axes thématiques définis initialement sur le guide d'entretien avaient été abordés. A la fin de chaque entretien, il était proposé au patient de compléter ou rajouter des éléments en liens avec les sujets abordés précédemment, ou non.

A la fin de chaque entrevue, des données « administratives » pouvaient être demandées au patient, si celles-ci n'étaient pas apparues spontanément au cours de l'échange : âge du patient, profession, nombre d'enfants, statut matrimonial, origine géographique.

Après chaque entretien, le contexte de celui-ci, nos émotions, ainsi que les premiers commentaires « à chaud » ont été retranscrits sur un carnet de bord (28).

Trois pré-entretiens ont été réalisés en novembre 2013 sur des proches de l'enquêtrice (24), afin d'évaluer la pertinence du guide d'entretien. Celui-ci a été réajusté à l'issue de ces entretiens pré-tests.

3.5 RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS ET ANONYMISATION DES DONNEES

Chaque entretien a été désigné par une lettre de l'alphabet, dans l'ordre chronologique de leur réalisation (28) (de « A » à « M »).

Nous avons retranscrit les données de chaque entretien intégralement à l'aide d'un traitement de texte (Office WORD), si possible le soir même de l'entretien où dans les jours qui suivaient, afin d'avoir le souvenir le plus récent possible de l'échange lors de la retranscription. Les données paralinguistiques ont été notées entre parenthèses (28). Les erreurs de langages, les hésitations, les silences, les bégaiements, les rires, les pleurs, les injures, ont été retranscrits intégralement (28). Le contexte dans lequel se déroulait l'entretien était également décrit (lieu de l'entretien, moment de la journée...).

Une anonymisation des noms des patients, des médecins traitants, et de tous lieux pouvant permettre l'identification des patients a été réalisée. Ces termes sont notés entre crochets dans les entretiens.

3.6 CONSIDERATIONS ETHIQUES

Le consentement oral du patient a été recueilli lors du recrutement en consultation, lors de la prise de rendez-vous téléphonique, et au début de chaque entretien. Il a été rappelé à chaque patient son droit de se retirer de l'étude à tout moment.

La garantie d'anonymat était réalisée par l'anonymisation des données.

4. Analyse des Résultats

A l'issue de chaque entretien retranscrit, une autocritique systématique des interventions de l'enquêtrice fut réalisée. Cette démarche a été menée afin d'affiner la pertinence des interventions ultérieures et se familiariser avec les données, de supprimer certaines interventions inutiles ou maladroites (28). Ainsi furent évalués le type d'intervention (consigne, sous type de relance) et la correspondance entre questions posées et réponses obtenues. De cette façon, certains sujets devant initialement être abordés ont finalement été retirés.

De même, au cours de chaque retranscription, il nous apparaissait de nouvelles données (28), qui furent notées en marge des entretiens.

Dans un second temps fut effectuée **une analyse conceptuelle** (25), dont l'objectif est de qualifier les expériences, les interactions et les logiques selon une perspective théorisante (25). Il s'agit de mettre en évidence des **catégories**, c'est-à-dire une production textuelle se présentant sous la forme d'une brève expression et permettant de dénommer un **phénomène**. La catégorie est un « condensé de significations » (25), elle est porteuse de sens. Elle donne à voir « ce qui a lieu, ce qui se passe, ce qui peut arriver, est arrivé ou arrivera, ce qui se déroule, ce qui est en jeu » (25). Le but est de **nommer la logique sous-jacente, le phénomène en jeu**, le comportement des protagonistes (25). Il s'agit pour le chercheur de mettre en évidence **du sens, en mettant en relation des événements et des contextes** (25).

III. RESULTATS

1. La Population Etudiée

Le tableau récapitulatif des caractéristiques des patients est consultable en [annexe](#).

1.1 ECHANTILLON

Treize patients furent recrutés et interviewés entre décembre 2013 et mars 2014. Sur ces treize patients, aucun n'a décliné la proposition.

1.2 AGE DES PATIENTS

Les patients de notre étude ont entre 19 et 69 ans au moment de la réalisation des entretiens. L'âge moyen et médian est de 46 ans.

1.3 SEXE

On note une prédominance de femmes parmi les patients interviewés : neuf sont des femmes, et quatre des hommes.

1.4 NATIONALITE

Tous les patients de notre étude sont de nationalité française et d'origine caucasienne.

1.5 LIEU DE RESIDENCE

Tous les patients vivent en Vendée, mais n'en sont pas tous originaires.

1.6 NIVEAU D'ETUDES

Un patient n'a aucun diplôme (patient E).

Deux patientes ont arrêté leurs études au certificat d'étude (patientes H et K).

Trois patients ont un niveau CAP² BEP³ :

- Un a un CAP-BEP vente en boulangerie (patiente A).
- Un possède un CAP mécanique (patient C).
- Un a fait un CAP petite enfance (patiente I).

Trois patients ont un niveau BTS⁴ :

- Un a fait un BTS comptabilité (patiente B).
- Un a fait un BTS agricole (patient F).
- Un a fait un BTS (patiente M, dont la spécialité n'a pas été précisée).

Deux patientes ont un niveau BAC

- Une a fait une première année de licence en lettres modernes qu'elle n'a pas terminée (patiente G).
- Une est étudiante en deuxième année de droit (patiente L).

Un patient a un niveau BAC+ 3 (patient D). Il a fait des études en faculté de sciences économiques et sociales avant d'intégrer l'IUFM (trois ans).

Une patiente a un niveau BAC+5 (patiente J). Elle a fait un master en communication, marketing et ressources humaines.

1.7 CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES

Un patient est professeur des écoles (CSP 4, patient D).

Un patient est soudeur (CSP 6, patient C).

Deux patients travaillent dans le domaine agricole : un patient est agriculteur (CSP 1, patient F), une patiente travaille dans un élevage de poussins (CSP 6, patiente B).

Une patiente travaille dans la restauration en tant qu'employée polyvalente dans une cafétéria (CSP 5, patiente A).

² Certificat d'Aptitude Professionnelle

³ Brevet d'Etude Professionnelle

⁴ Brevet de Technicien Supérieur

Quatre patients sont retraités (CSP 7) : un a travaillé comme agriculteur puis comme ouvrier à l'usine (patiente E), une était mécanicienne en confection (patiente H), une était bibliothécaire et mère au foyer (patiente G), une autre était mère au foyer (patiente K).

Une patiente travaille comme consultante indépendante en communication (CSP 3), et en parallèle, est éleveuse de chevaux et employée de commerce (patiente J).

Une patiente est au chômage, mais est titulaire d'un CAP Petite Enfance (CSP 8, patiente I) et une seconde est étudiante en droit (CSP 8, patiente L).

Une patiente est chargée de clientèle dans une banque (CSP 3, patiente M).

Selon les catégories socioprofessionnelles définies par l'INSEE (29), la répartition des patients est la suivante :

Catégories Socioprofessionnelles (INSEE)	Nombre de Patients
1- Agriculteurs exploitants	1
2- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	0
3- Cadres et professions intellectuelles supérieures	2
4- Professions intermédiaires	1
5- Employés	2
6- Ouvriers	2
7- Retraités	4
8- Autres personnes sans activité professionnelle	1

1.8 SITUATION FAMILIALE

Parmi les treize patients interviewés, onze vivent en couple. Parmi eux, six sont mariés, et sont venus consulter avec leur conjoint (patients A, C, D, G, J, K). Deux sont divorcés, mais vivent en concubinage, et sont venus consulter avec ce conjoint (patients E et F). Enfin, trois patients vivent en concubinage mais ne sont pas mariés (patients I, L, M). Parmi eux, deux sont venus consulter avec leur conjoint (patientes L et M), un est venu consulter avec sa mère (patiente I).

Concernant les deux autres patients, l'un est divorcé et est venu consulter avec son enfant (patient B). Le deuxième est une veuve qui est venue consulter avec son nouvel ami, mais ils ne vivent pas sous le même toit (patient H).

1.9 MOTIF DE LA CONSULTATION

Sept patients sont venus consulter pour un **motif aigu** :

- Deux, des douleurs musculaires (patient A et C)
- Un, des brûlures mictionnelles (patient E)
- Une, pour son suivi de grossesse et pour une sciatique (patiente J)
- Une avait subi un traumatisme du genou (patiente L)
- Une, des douleurs à la cuisse (patiente M)
- Une, des troubles du sommeil (patiente I)

Six patients sont venus pour le suivi médical d'une **pathologie chronique** :

- Une, un suivi de fracture de poignet (patiente B)
- Une, son suivi de dyslipidémie (patiente H)
- Un, le suivi d'un malaise compliqué d'un traumatisme crânien et de fractures vertébrales (patient F)
- Un, le suivi d'une hernie discale (patient D)
- Une, une hypothyroïdie (Patiente K)
- Une, des troubles sphinctériens en lien avec une syringomyélie (patiente G)

1.10 ANTECEDENTS NOTABLES DES PATIENTS

Un patient était hypertendu traité (patient D).

Une patiente avait un antécédent d'adénofibrome mammaire (patient B).

Un patient était diabétique de type 2 sous traitement oral (patient C).

Un patient avait des antécédents de dépression et de crises d'angoisse (patient E).

Une patiente était dyslipidémique, sous traitement (patiente H).

Une patiente avait une syringomyélie (patiente G).

Une patiente avait une hypothyroïdie (patiente K).

Une patiente avait des séquelles de fractures multiples suite à un accident de la voie publique (patiente I).

2. Les Entretiens

2.1 TEMPORALITE

Les treize entretiens ont été réalisés entre le 2 décembre 2013 et le 10 mars 2014.

2.2 LIEU

L'intégralité des entretiens s'est déroulée en Vendée. Tous les entretiens ont été réalisés au domicile des patients.

2.3 DUREE

La durée des entretiens était de 24 minutes à 1 heure et 5 minutes (moyenne de 44 minutes).

2.4 SUJETS ABORDES

Tous les entretiens commençaient par la consigne initiale de l'intervieweur citée plus haut. Si l'entretien avait lieu plus d'une semaine après le recrutement du patient, nous rajoutions à cette consigne initiale une précision « ...la fois où l'on s'est rencontré » ou « la fois où j'étais présente », afin que le patient fasse bien allusion au rendez-vous qui nous intéressait.

Aucun patient n'évoquait spontanément la présence de son accompagnant à ce moment-là de l'entretien.

3. Analyse Conceptuelle

Nous avons initialement débuté ce travail par une analyse thématique. Cependant, en raison de la mise en relief de très nombreux thèmes, construire du sens à notre analyse nous est apparu compliqué. Voici quelques-uns des thèmes mis en évidence : sentiments par rapport au médecin traitant, à la maladie, perception du corps, de soi, relation médecin-malade, genre du médecin, médecin de famille, accompagnement en consultation, couple fusionnel, inquiétude sur sa santé, redouter la consultation, maladie d'un proche, fragilité, maladie dans l'enfance, relation maladie - proches, peur de la maladie, critique du médecin traitant, des médecins, relation aux parents...

Devant la nécessité de donner du sens aux phénomènes étudiés, le passage à une analyse conceptuelle nous a semblé plus adapté.

La juxtaposition et les récurrences de thèmes nombreux et disparates a conduit à une mise en arborescence laquelle a ensuite permis un regroupement des situations de consultation triangulaire, en sept modalités non exclusives les unes des autres chez un même patient. Cette troisième étape, plus interprétative et conceptuelle de l'analyse, a permis de proposer des hypothèses qui donnent sens à la présence du tiers en consultation.

3.1 UN BESOIN DE JUSTIFICATION.

3.1.1 La nécessité d'un chauffeur

Les patients A et E **n'ont pas le permis de conduire**. Ils ont donc besoin d'être conduits par un tiers chez leur médecin. De plus, le patient E s'est vu refuser de passer le permis de conduire par les médecins :

« si j'reprends mes gouttes, ben voilà, j'commence à avoir des problèmes dans les yeux, ça va au cœur, pis, ça...Donc c'est pour ça qu'j'ai pas l'droit de, de, de conduire. Enfin j'ai pas l'permis. J'ai été marqué à l'encre rouge par les médecins de...quand j'ai passé mes permis. Ils m'ont décelé cette maladie donc cette ce...Si vous voulez ça se pro...ça se, si je, ça se propage. »

Pourtant sa compagne pourrait rester en salle d'attente, puisque l'on sait que le patient E, avec son ancienne femme, consultait seul.

La patiente A n'a pas le permis de conduire. Pourtant, elle pourrait bien venir consulter seule, puisqu'elle dispose d'un moyen de locomotion :

« Et si jamais vous deviez aller chez le médecin et que votre mari n'était pas disponible ? J'ai un scooter, qui est là pour moi »

Pour d'autres, c'est un problème médical aigu ou chronique, qui est présenté comme étant la raison pour laquelle un chauffeur est nécessaire pour venir chez le médecin.

Le patient F présente **un problème médical qui gêne la conduite**. Il présente depuis son accident des difficultés à tourner la tête :

« j'y vais tout l'temps accompagné parce que j'y vais pas tout seul. Euh, j'ai pas repris à conduire encore. »

La patiente G présente **de lourdes difficultés à la marche**. Elle a anticipé notre question sur la présence de son mari en consultation, comme si cette présence était quelque chose d'honteux :

« Ce jour-là vous étiez...Oui il était avec moi. Oui parce qu'il devait pleuvoir. Donc comme j'ai mes petites béquilles j'ai toujours peur de glisser et voilà. »

Pourtant, elle peut conduire.

La patiente L présentait des **douleurs dans la jambe** dont elle craint une majoration en conduisant.

La patiente M présentait également des douleurs dans la jambe, et redoutait elle aussi la conduite. Pourtant, dans ces deux derniers cas, cela n'explique pas la présence du tiers **dans le cabinet du médecin généraliste** lors de la consultation.

« J'étais venue accompagnée, parce que j'avais un peu, enfin, c'est que j'avais mal un p'tit peu à la jambe en fait en conduisant. Mais sinon je serais venue toute seule là-dessus. [...] si votre conjoint n'avait pas pu être là pour venir en consultation, [...] est-ce que vous auriez demandé à quelqu'un

d'autre de vous accompagner ou est-ce que... (me coupe la parole) non non non, je l'aurais fait quand même, parce que c'est vrai que je me déplace pour aller au travail. Même si j'avais mal, là je l'aurais fait quand même, enfin. C'est que voilà, il se trouvait là, du coup.»

3.1.2 Occupation pour le tiers

La patiente B dit que sa fille n'ayant pas d'occupation ce jour-là, elle a souhaité l'accompagner :

« elle était à la maison, elle m'a demandé si elle voulait venir, si elle pouvait v'nir avec moi, j'ai dit oui pas d'souci quoi. Etant donné qu'elle se fait suivre par le Dr [DrTraitantB] aussi »

3.1.3 Aller voir la famille

Le patient C déclare que son épouse l'accompagne chez le médecin, car cela leur permet ensuite d'aller voir la famille, qui réside dans la commune où se situe le cabinet médical.

3.1.4 Un médecin qui suit toute la famille

Plusieurs patients expliquent que la présence du tiers ne les dérange pas, car leur médecin est celui qui suit toute la famille (patients A, B, D).

3.1.5 Une habitude

Plusieurs des patients interrogés annoncent venir avec un proche par habitude (patients D et K).

3.1.6 Poser des questions au médecin au sujet du patient

Les proches des patientes I et J viennent, selon les patients, pour poser des questions au médecin traitant relatives à la santé du patient.

3.1.7 Rien à cacher

Le patient C déclare qu'il n'a rien à cacher à son épouse, ce serait donc la raison pour laquelle celle-ci peut venir en consultation. Les patients F et K affirment qu'avec leur époux, ils sont très liés, et qu'il n'y a « pas de secret entre eux. »

3.1.8 Conclusion

Tous les patients interviewés annoncent une explication à leur venue en consultation accompagnés. Parfois, elle s'apparente à une justification.

Pour chacun d'entre eux, celle fournie peut valider le fait qu'ils viennent accompagnés **jusqu'à la porte du cabinet.**

Pourtant, cette explication ne suffit pas toujours à expliquer la raison exacte qui les amène à venir jusque dans le cabinet, devant le médecin en consultation, avec ce proche.

3.2 UNE PERCEPTION NEGATIVE DES MEDECINS

Plusieurs motifs peuvent expliquer cette perception négative des médecins que semblent avoir les patients interviewés.

3.2.1 Une perception contrastée des médecins et du monde médical

Certains patients reprochent aux médecins de **ne pas prendre suffisamment de temps** avec les patients. C'est le cas de la patiente A, pour qui ils sont **trop expéditifs** :

« Ça dépend du médecin parce que, ça dépend de l'accueil qu'on va avoir, y'en a on sent bien ça fait un peu usine, voilà vous avez cinq minutes top chrono, y'a quoi, on vous ausculte pas forcément, on fait une ordonnance puis vous ressortez. Ça moi j'aime pas du tout. »

Pour d'autres, comme la patiente K, les médecins généralistes **ne sont pas assez à l'écoute** :

« Voilà, mais vous nous voyez ! Vous voyez là j'vous parle, j'parlerais, j'ai jamais parlé à un médecin comme j'vous parle en c'moment ! Jamais ! Ils ont pas l'temps. »

Les patients rapportent des souvenirs difficiles des gestes médicaux de l'enfance, de l'adolescence ou de l'âge adulte. Ces gestes ont été vécus comme une violence et une intrusion, comme quelque chose d'infligé par les médecins à leur être, à leur corps. Ils rationalisent cette crainte en leur donnant une explication, comme la patiente A :

« Et puis c'est vrai que quand on est petit on commence par les vaccins donc on a toujours après un a priori de cette personne en blouse blanche »

La patiente B, comme la patiente J plus loin, conserve en mémoire des piqûres **un souvenir « horrible », traumatisant** :

« Je sais que celle-là, les piqûres de l'infirmière, l'infirmière arrivait, rien qu'à entendre la voiture j'hurlais. En fait j'étais en maternelle, et à force de tomber sur le même genou, ça m'a fait une glande à l'aine. [...]Euh, et euh, la piqûre qu'elle me faisait, le produit ressortait c'était horrible. Ah ça j'm'en rappelle c'était horrible. »

Plus tard, à l'âge adulte, la patiente B décrit **les gestes techniques** réalisés par les médecins à l'occasion de la prise en charge d'un adénofibrome, et **vécus avec violence** par la patiente:

« Si c'était un peu plus grave ils ouvraient un peu plus ils grattaient, ils prenaient en dessous l'bras pour faire une greffe, [...] Et puis, lors de cet adénofibrome aussi, j'sais pas ils enfin une aiguille aussi pour faire euh, j'appelle ça l'frottis du sein, ah ça non, plus jamais. Ah non non non. »

La patiente M raconte la ponction réalisée lors de la découverte de nodules au sein, **comme si les médecins l'avaient ponctionnée elle toute entière** (ils « m'ont » ponctionnée). Elle décrit cette expérience, **ce geste intrusif**, comme **quelque chose de « bizarre »**.

La patiente G décrit l'épisode de l'intervention des amygdales dans son enfance, telle une véritable scène de crime :

« Je vais vous faire rigoler. Oh oui ! L'opération des amygdales, à la maison, sur les genoux du toubib ! Ça, ça oui ! Ah ben ça je m'en rappelle ! Mes genoux sur les genoux du médecin d'famille, l'opération des amygdales. Il a dû couper ça comme ça. Je me souviens, j'étais dans la salle de, oh je revois tout ! La table, la salle de séjour, là où il était, je revois tout ! (rires). C'est affreux c'qu'on faisait quand même ! C'est affreux c'qu'on faisait quand même ! J'avais pas 5 ans. J'avais pas 5 ans. Ah ben j'ai pas voulu l'voir pendant un certain temps après ! »

Cette idée de douleur, de violence, est corroborée par l'utilisation répétée par la patiente K du terme « **mal** » lorsqu'elle parle des médecins, pour dénigrer leurs pratiques, mais aussi peut-être pour exprimer une forme de douleur engendrée par leurs gestes. Elle qualifie également les médecins avec des adjectifs négatifs tels que « **pauvre docteur** » ou « **Le p'tit médecin** ».

Huit des treize patients de l'étude évoquent les **erreurs médicales** faites par les médecins (A, B, D, E, F, G, H, et K). La patiente A relate ce **retard diagnostique** subi par son père quelques années plus tôt. Elle aborde alors le regard neuf apporté par un médecin remplaçant sur son père, qui a permis la découverte d'une maladie jusqu'alors non détectée par le médecin traitant habituel :

« C'est le système lymphatique donc euh, ça a été découvert très tard à cause d'une erreur médicale. En fait le médecin de famille de mes parents n'a pas détecté son cancer. Il a été plusieurs fois se

plaindre et à chaque fois on lui disait « oh c'est les griffes du chat, c'est pas grand-chose » et en fait elle est passée à côté des symptômes [...], et euh, c'est en divorçant il a changé de médecin, et là il lui dit « oulala, si on fait rien, vous avez deux mois », donc ça a été pris vraiment tard »

Soulignons que c'est un médecin féminin qui aurait fait l'erreur, et un médecin masculin qui lui aurait diagnostiqué la maladie. Nous reviendrons plus loin sur cette nuance.

La patiente H rapporte **une erreur, d'ordre relationnel** entre son médecin et un de ses époux, qui a eu pour conséquence une colère du conjoint envers son médecin, ponctuée d'une rupture thérapeutique. Le conjoint a décidé de changer de médecin traitant. En effet, l'ancien médecin aurait annoncé à la patiente H le cancer de son époux, et lui aurait demandé d'en informer son mari :

« Moi, moi c'était embêtant de moi lui dire quoi. Voilà. C'est ça c'est vrai. C'est vrai qu'ça aurait été préférable qu'il le voie et qu'il lui dise. Ou même en passant, [...] il aurait pu venir dire « ben va falloir faire des examens supplémentaires parce que... » voilà, il lui aurait expliqué la chose. [...] C'est une maladresse si vous voulez de la part du docteur, à mon avis. »

La patiente K **met en doute les compétences de son médecin traitant**, qui serait passé à côté d'une pathologie chez sa fille avant sa mort. Peu de temps après elle reproche aux médecins qui ont opéré sa fille **d'avoir fait des erreurs, de ne pas avoir agi à temps**, comme en témoigne le terme « beaucoup trop de temps ». Elle reproche aussi aux médecins de ne pas lui avoir dit ce qui s'était passé, de **manquer de qualités communicationnelles** :

« Donc ils ont dit « on fait une arthroscopie ». [...] A l'anesthésie, quand ils ont fait l'anesthésie. Dès qu'ils ont commencé l'anesthésie. Elle a fait un arrêt cardiaque. Ils l'ont refait partir. Elle a fait un deuxième arrêt cardiaque qu'a été, qu'a été fatal puisque celui-là elle a mis, ils ont mis beaucoup trop de temps. [...] Ben, est-ce que c'est une erreur, on n'a jamais su. »

Plusieurs patients évoquent **le caractère dangereux de certains médecins (B, D, E, F et K,).** Certains estiment que les médecins **prescrivent trop de médicaments de manière inadaptée**. Ce « trop plein » de médicaments aurait eu des effets néfastes sur sa mère, comme l'exprime la patiente B :

« je n'ai pas apprécié un médecin qui avait tendance à trop prescrire inutilement des médicaments. Et ça a joué, sur la santé d'ma maman. Et quand on est arrivé en Vendée, il a bien été reconnu qu'elle avait des cachets qu'elle avait pas besoin »

Les propos du patient D mettent en évidence sa perception des médecins comme **étant dangereux, voire violents**. Il se rappelle d'une anecdote rapportée par ses parents, dans laquelle ces derniers lui ont décrit **la violence** avec laquelle un médecin qualifié péjorativement de « *pas très net* » et de « *désagréable* » l'avait pris en charge étant enfant :

« Et j'ai le souvenir que mes parents m'ont raconté que, ils m'ont emmenés voir un jour cet ORL, qu'était, qu'était pas très net parce que, ça c'était mal terminé [...] il m'avait tapé avec une serviette ça c'est sûr. A l'époque c'était une méthode qu'ils utilisaient ou je sais pas, pour calmer. Mais c'était quand même sûrement là, un désagréable, parce qu'il a été violent »

La patiente K a eu une vie marquée par une succession de décès : sa fille à l'âge de 17 ans, en raison d'une erreur médicale selon elle, son frère, ses parents. Pour elle, **les médecins sont responsables de tous ces décès**. Dès lors, elle s'est construit une vision très négative du monde médical en qui elle a perdu toute confiance, **qu'elle considère comme dangereux**. La présence de son mari avec qui elle a tout affronté, est là comme un soutien, une protection face à **ce monde médical qui constitue un danger**. Mariés très jeunes, ce monde médical ils l'ont depuis toujours affronté à deux. Elle pense que **les médecins n'ont pas su soigner comme il le fallait sa mère** bien des années plus tard, et semble vouloir dire que **les médecins sont incompetents** :

« maman elle avait une bronchite. Fallait pas rester avec des aérosols. On lui fait des aérosols, vous pensez quand vous avez une bronchite, maman elle en faisait régulièrement, tous les hivers enfin même l'été, elle faisait des bronchites souvent. Et, fallait un antibiotique ! Il prétendait, il avait dit à mon frère, quelques jours avant « avec ce qu'elle a, on peut pas... »

Certains patients évoquent l'acharnement thérapeutique. La patiente K déplore l'attitude des médecins qui selon elle, auraient voulu **faire de l'acharnement thérapeutique** avec sa mère :

« Bon elle était âgée, elle a fait une bronchite, [...] Avec mon frère on n'a pas été très contents. [...] Ma fille qu'est allée, [...] voir sa grand-mère jusqu'au bout, et elle s'est trouvée l'après-midi avec un médecin, [...] ma fille lui a dit « oh vous savez, ma pauvre grand-mère à l'âge qu'elle est, j'sais pas si

c'est bien d'lui faire... » « Ah ! Nous ici nous soignons tous les gens, nous ne sommes pas là...on s'occupe pas d'son âge ! » [...] Bah oui, tant que, la pauvre grand-mère qui bouge un orteil, on va pouvoir... Pis là maman ben elle la pauvre, toute leur truc qu'ils ont voulu lui faire [...] »

Paradoxalement, la même patiente se plaint aussi de ces mêmes médecins, qui avec sa mère et son père **n'en ont pas fait assez, et qui laissent vos proches mourir :**

« Il s'alimentait plus papa, déjà qu'il mangeait plus beaucoup à la maison, alors là l'hôpital ça a été la cata ! [...] », et je je crois que, lui aussi il a pas fait c'qu'il faut ! »

Finalement, seule elle est capable de soigner ses proches, seule elle sait ce qui est bon pour eux, elle seule sait s'en occuper, **comme si les médecins finalement étaient totalement incompetents.**

Les patients de notre étude évoquent **ces médecins qui déshumanisent la relation patient-médecin**. La patiente B raconte un épisode où, accompagnant sa mère chez le médecin, elles ont été **reçues désagréablement** par celui-ci. Ce **médecin leur aurait manqué de respect :**

« Et j'l'emmène, et le médecin l'a reçue très mal aimablement. Et ben j'ai été, mais sans être vulgaire sans râler, j'ai été très mal aimable aussi. Ça a été clair net, parce qu'il lui a dit « oui, pourquoi vous n'venez que maintenant !? ». [...] Donc ça j'avais pas personnellement apprécié. »

Le patient F ressent un profond sentiment de déshumanisation de la relation médecin-patient ; médecins qui **manquent d'attention**. Ce sentiment va jusqu'au fait de se sentir **pris pour un objet, une machine, un cobaye :**

« Non c'est pas incompetent, Non, c'est...Ben on est une machine ! Puis elle marche elle est en route quoi. [...] il a même pas regardé si l'cou fonctionnait bien, non non. Il s'est pas embêté. [...] Ça c'est pas possible. c'est vrai qu'à, ça a été rapide, enfin d'compte on est des machines, il nous répare, et puis bon ben. »

Dès le début de l'entretien, dès sa première intervention, le patient C critique les médecins généralistes, alors même que ce n'est pas l'objet de notre question initiale. Il reproche à son médecin son **manque de disponibilité**, même s'il pense que son médecin traitant actuel l'est plus que ne l'était son ancien médecin. Il estime que son généraliste ne laisse pas de plage de consultation disponible quand lui en ressent le besoin :

« On a rendez-vous à quatre heure, à six heure on passe, alors j'ai dit « pfff », ça sert à rien de mettre des rendez-vous. Ça sert plus à rien. [...] Mais avant chez l'ancien, fallait prendre le rendez-vous avant d'être malade ! Fallait anticiper. Alors pour ça j'ai dit « non j'arrête ! »

Plusieurs patients évoquent **les médecins qui ne les ont pas pris au sérieux** (D, F, G et K). C'est le cas du père du patient F. La patiente G **estime ne pas avoir été prise au sérieux par les médecins** pendant longtemps. Elle décrit son parcours tumultueux durant de longues années, au cours desquelles **sa pathologie, et donc sa douleur n'ont pas été reconnues par les médecins** du fait d'une errance diagnostique. Elle **déplore également le manque d'humilité** de certains médecins :

« Ben, là le problème, c'est que ça n'a pas été compris tout de suite par le corps médical, alors là, loin d'là ! Ça a pris, oui ben 90 93 quoi ils ont compris, c'est en 68 qu'il s'est arrivé. Alors là, par contre ça a été dur parce que, enfin dur, euh, parce que j'avais effectivement des douleurs, pas mal de douleurs, et qu'on me prenait pour une folle. [...] Alors on m'disait toujours (en chuchotant :) « Madame, ça correspond à rien ! ». »

Ses propos font aussi transparaître son sentiment que, certains médecins manquent de compétences. Elle pense que les médecins n'ont simplement pas envie de chercher ce que leur patiente présente :

« c'qui faudrait à ce moment-là c'est que le médecin généraliste, ait envie d'chercher quoi pour trouver »

Paradoxalement, elle rapporte avoir ressenti de l'amertume, le jour où, enfin, les médecins ont pointé l'origine de sa maladie et voulu la comprendre par de multiples examens complémentaires. Elle s'est alors **sentie prise pour une « bête de foire »** :

« Et lui il a ...bon et puis après, mais après ça a été encore un peu long ! Ça a été la galère. Et, et puis après quand ils ont compris, alors là quand ils ont compris c'est merveilleux, parce que là on m'a fait un scanner, une IRM et un scanner, tous les six mois ! Ils étaient contents ils avaient découverts ! »

La patiente J pense que certains médecins **manquent de sérieux**:

« Après, oui j'me souviens d'un médecin traitant quand j'étais au collège, c'était trop rigolo parce que j'allais l'voir j'lui disais « ah j'suis pas bien ! », alors que j'avais pas du tout envie d'aller en cours j'avais un contrôle, et il m'examinait même pas il me faisait un certificat hein. [...] Franchement

(rires), c'est un rigolo ! (rires) [...] c'est vrai que quand on est gamin, on s'dit « mais j'ai réussi à lui faire gober ! ». »

Ce médecin **perd alors de la crédibilité à ses yeux**, comme l'indique le terme « *rigolo* ».

L'aspect du cabinet et la présentation du médecin ont une importance aux yeux des patients, car ils sont une marque de respect. Le patient D nous explique avoir ressenti un profond **manque de respect** de la part d'un spécialiste, dont le cabinet était en désordre. Ces propos soulignent **l'importance de l'aspect extérieur** du cabinet aux yeux des patients :

« Mais bon j'ai j'ai consulté cinq minutes dans un cabinet, vraiment j'me demande si c'est un cabinet de, de rhumatologue parce que, j'ai, j'sais pas quand j'vais chez, chez l'doctor [DrTraitantD] ou chez [PrénomDrTraitantD], euh bon il a son siège et tout, et tout est nickel, et c'est propre tout, là,[...] Après j'me suis assis sur un truc, où y'avait rien, y'avait même pas un drap sur l'truc »

Beaucoup reprochent aux médecins de **leur cacher la vérité**. C'est le cas du patient D. Il nous dit avoir dû aller chercher cette vérité auprès des médecins :

« bon j'suis allé voir le spécialiste pour lui d'mander, pour lui dire « bon ben dites-moi », parce que pfff, faut pas m'raconter des blagues, bon y'avait des métastases et tout. »

Mais également de la patiente K :

« Là, dernièrement maman, je suis en colère aussi. Le médecin j'avais rendez-vous avec lui le lendemain, elle est décédée, il savait très bien qu'elle allait décéder. »

Le patient E parle des médecins comme s'ils étaient **des juges**, qui l'auraient « marqué à l'encre rouge », **comme si les médecins l'avaient stigmatisé** :

« J'ai été marqué à l'encre rouge par par les médecins de...quand j'ai passé mes permis. »

Il explique avoir eu le sentiment **d'être traité par les médecins tel un véritable cobaye**, comme si les médecins avaient testé des médicaments sur lui :

« Pour moi j'étais, j'étais vraiment un...un genre de...Ben qu'on m'donnait des médicaments pour savoir...Je m'suis dit « j'en ai pas besoin de ces médicaments ! » »

La patiente G déplore le **manque d'humilité** de certains médecins :

« Oui, mais des fois j'pense faut savoir se faire un peu petit. »

Elle semble **considérer les médecins comme des humains vulnérables**. Elle explique aussi que les médecins qui l'ont opérée avaient peur selon elle, en quelque sorte qu'ils étaient faibles :

« Quand j'ai été, bon quand j'ai été opérée-là, j'ai quand même été voir à plusieurs endroits, j'me suis confiée qu'à...qu'au feeling quand même, là où j'le sentais vraiment. Bon, parce que c'était la moelle épinière, et que c'est quand même, bon. Et que eux ils avaient peur eux-mêmes ! »

Et poursuit en disant que parfois, les médecins déclarent ne rien pouvoir pour vous, et qu'une telle réponse la désole :

« j'ai quand même eu un médecin généraliste qui m'a dit une fois « je n'peux rien pour vous ». [...] C'est pas une réponse de médecin ! Un moment, faut trouver une solution ! »

La patiente I quant à elle, qui depuis son accident côtoie les médecins très régulièrement, n'utilise à aucun moment le terme « médecin » pour parler de ceux-ci. Elle se contente d'utiliser des pronoms impersonnels « ils », « on », **comme si les médecins, à ses yeux, l'étaient, impersonnels**. De plus, elle évoque ses opérations passées et celles à venir, comme si les **médecins la considéraient tel un véritable objet**.

La patiente K décrit la **perversité des médecins** qui iraient jusqu'à utiliser du matériel qui ne fonctionne pas pour prendre en charge les patients, et notamment son père :

« On lui avait fait son dernier examen, qui n'avait pas fonctionné, c'était leurs appareils qui marchaient pas, pour ses intestins, parce qu'on craignait qu'il y ait quelque chose aux intestins. Hein, bon voilà. »

Certains reprochent aux médecins de faire partie d'un **monde très fermé**, comme la patiente K.

La patiente M dit **apprécier le fait d'avoir plusieurs avis de médecins**, ce qui la rassure :

« Pis c'est important aussi d'avoir d'autres, enfin d' consulter d'autres personnes que son médecin traitant pour avoir d'autres avis, des avis différents. »

Aussi, ce besoin d'avis multiples peut souligner **son manque de confiance envers les médecins**. À moins qu'il ne s'agisse aussi de sa propre insécurité. Mais paradoxalement, elle

explique **qu'elle ne sait plus quel médecin croire devant les réponses différentes** données par les médecins à une même question.

3.2.2 La consultation médicale toujours vécue dans la crainte

3.2.2.1 La peur d'entendre une mauvaise nouvelle

Plusieurs patients expriment leur crainte d'entendre une mauvaise nouvelle (patients A, E, J et L). La patiente A parle de sa crainte de venir consulter son médecin traitant, car **elle redoute un arrêt de travail**, elle redoute d'avoir mal, ou bien simplement **d'entendre une mauvaise nouvelle**. Patiente J :

« C'est toujours pour avoir des mauvaises nouvelles parce qu'on est malade. »

3.2.2.2 La crainte de ne pas réussir à communiquer avec le médecin

i. Ne pas comprendre le jargon médical

Les patients E, F et H expliquent redouter la consultation par peur de **ne pas comprendre le langage médical**. Les patients qui expriment cette idée ont pour la plupart un niveau scolaire faible, c'est le cas du patient E :

« C'est sûr qu'les médecins ils ont leur, leur jargon comme on dit. »

Et de la patiente H :

« Qu'il nous explique bien la maladie, qu'il nous explique bien c'qui s'passe, c'qu'il y a, c'qu'il faut faire, ce qu'il faut pas faire ! Et puis, avec des mots qu'on comprend. Ça ça, parce que des fois, on fait répéter, on dit c'est quoi, et, voilà. »

Le patient F dit ne pas avoir tout compris lorsqu'on lui a annoncé la maladie de son père :

« On comprend pas tout l'temps c'que disent les médecins. Ça c'est sûr. »

ii. Ne pas réussir à se faire comprendre par le médecin

C'est ce qu'évoque le patient E :

« Ben j'ai l'appréhension de savoir qu'est-ce qu'il va m'dire. [...] est ce que j'vais être bien à lui... à lui dire la douleur que je ressens. C'est pas évident. Parce qu'on dit vous avez une douleur... [...] ... « Ben, dites- moi comment qu'c'est ». Ben, j'sais pas l'dire, mais voilà, j'ai des picotements. »

Angoissé par nature, n'ayant pas confiance en lui, et craignant ces médecins, il redoute à chaque fois la consultation, **allant jusqu'à en perdre ses moyens** :

« Comme j'angoisse beaucoup, c'est terminé. J'v'ais avoir un rendez-vous avec un médecin, j'vais avoir un rendez-vous avec vous, j'vais angoisser. Et ça déclenche direct ! Direct. Et après je bafouille, et puis c'est fini. Nan mais je l'fais plus, j'le fais plus ça. »

iii. Oublier les propos du médecin

Le patient E estime qu'il a mauvaise mémoire, ainsi sa compagne l'aide à enregistrer les propos du médecin:

« Pis elle elle enregistre beaucoup plus que moi, donc, ça, ça m'aide aussi. Souvent ils m'posent une question pis trois jours après j'm'en rappelle plus. Tandis que là-bas, c'est enregistré. »

La patiente I se décrit comme étant étourdie. Elle explique que la présence de sa mère est une aide pour retenir les propos du médecin:

« Nan mais c'est vrai c'est plus facile d'avoir une personne avec nous parce que, quand on n'arrive pas à comprendre, ben, tu sais qu'y'a quelqu'un d'autre qu'a écouté à côté. Après... [...] J'arrive à comprendre mais, y'a des fois que, ça c'est un défaut d'ma part, c'est que quand j'm'ennuie, j'vais écouter la personne, être là, pis pas forcément enregistrer les choses. Ça va rentrer dans une oreille ça va ressortir de l'autre. »

A moins que ces messages médicaux inaudibles pour la patiente, ce qui « l'ennuie », ne soient en réalité des propos qui lui fassent peur ?

iv. Un tiers qui déchiffre le jargon médical

Les patients C et E ont **un proche qui travaille ou a travaillé dans le milieu de la santé**. Dans les deux cas, ils estiment que la présence du tiers les aide à mieux comprendre le médecin. Celui-ci sert d'**intermédiaire entre le patient et le médecin**. La femme du patient C a été secrétaire médicale. La compagne du patient E a travaillé dans une

pharmacie. La présence de sa compagne est pour lui une assurance que les propos du médecin soient compris :

« c'est elle qui, qui pose les questions au docteur. Pis elle m'aide bien. [...] Pis elle elle enregistre beaucoup plus que moi, donc, ça, ça m'aide aussi. Souvent ils m'posent une question pis trois jours après j'm'en rappelle plus. Tandis que là-bas, c'est enregistré. [...] Ben j'ai l'appréhension de savoir qu'est-ce qu'il va m'dire. »

Il apparaît clairement lors de la consultation observée, que c'est sa compagne qui tient conversation avec le médecin, lui étant en retrait. Elle lui permet de se protéger contre ce jargon, qui lui fait se sentir vulnérable.

v. Un tiers qui parle à la place du patient

Le patient E, qui a un faible niveau d'étude (n'a pas le certificat d'études), apprécie que sa compagne tienne la conversation avec le médecin :

« On est on a, ça m'aide beaucoup comme moi j'parle pas beaucoup, [...] c'est elle qui, qui pose les questions au docteur. »

Sans elle, le patient explique qu'il craint de ne pas comprendre les propos du médecin, et qu'il n'oserait pas poser de questions.

Le patient F lors de l'entretien a du mal à se livrer, à exprimer ses émotions, à parler de lui. On peut supposer alors que sa compagne, très à l'aise et bavarde, lui serve de « **porte-parole** ». Cette hypothèse est renforcée par l'attitude du couple lors de la consultation : lui se tenant en retrait sur sa chaise, la tête penchée en avant, et sa compagne faisant conversation avec le médecin. **Elle semble à la fois le protéger contre ce jargon qu'il dit ne pas comprendre, mais elle lui évite aussi l'expression de soi**, chose avec laquelle il ne semble pas à l'aise.

La patiente I explique que sa mère était venue pour poser des questions au médecin traitant :

« elle était v'nue oui. Alors pourquoi, ah c'était, pour poser d'autres questions j'crois. [...] y'a des fois j'vais poser des questions j'vais y penser à poser, y'a des fois que, oui c'est bien, j'vais pas penser du tout à poser, ça va partir dans les oubliettes. »

Pourtant, la patiente étant âgée de 24 ans et s'apprêtant à se marier, celle-ci semble en mesure de gérer seule ces questions-là.

3.2.3 Une enfance marquée par de nombreux contacts avec les médecins

Parmi les patients interviewés, certains ont subi dans l'enfance de nombreuses maladies, responsables de nombreuses rencontres avec les médecins (A et J). Pour la patiente A, aller chez le médecin est un rappel de sa fragilité, elle qui étant enfant dit avoir été de nombreuses fois malade. Actuellement, même si elle s'est un peu « renforcée », elle se sent toujours sans défense :

« En fait moi j'suis née j'avais pas beaucoup de défenses. Donc toute mon enfance on m'a fait des piqûres parce que j'étais mal tout le temps. Le moindre rhume ou le moindre truc j'étais malade, donc l'hiver j'allais plus à la maison qu'à l'école, et euh, j'avais cette fragilité-là, j'ai eu beaucoup d'otites des paracentèses, enfin, voilà. »

Cette fragilité dans l'enfance, est toujours présente aujourd'hui, même si elle dit s'être quelque peu renforcée. Son conjoint vient la soutenir, vient la protéger contre les médecins qu'elle a trop souvent rencontrés petite. Mais il lui rappelle alors aussi cette fragilité. Elle est donc dans l'ambivalence : **elle se sent fragile, mais aller chez le médecin est une confrontation à cette fragilité.**

La patiente J quant à elle, se dit même « abonnée » à l'hôpital, ce qui fait appel à une notion de fréquence:

*« Oh là oui ! Oh ! Je suis abonnée à l'hôpital ! Qu'est-ce que j'ai fait ? Quand j'étais gamine j'ai fait une très très grosse pneumonie. Et j'ai été hospitalisée trois semaines. Ça passait pas, et pis, comme j'ai un souffle au cœur, le cœur ça n'allait pas non plus, enfin ! J'ai enchaîné un petit peu les [m***], mais j'étais gamine, pis après c'est des trucs, accidents d'la vie on va dire, des opérations. »*

Ayant eu de nombreuses fois à rencontrer les médecins, elle aussi ressent ce besoin de protection pour combler ses fragilités de l'enfance. Ces trop nombreuses rencontres avec les médecins sont aujourd'hui à l'âge adulte, responsables d'une lassitude des consultations chez le médecin, qui conduit à peu consulter.

3.2.4 Des parents ayant joué un rôle de médiateur apaisant entre le patient et les médecins

Pour plusieurs patients de l'étude, les parents ont joué un rôle rassurant, un rôle protecteur dans leur enfance vis-à-vis des médecins. Pourtant, il semble que parfois, ce rôle ait été insuffisant, voire défaillant.

La patiente A semble rechercher encore à l'âge adulte, cette protection contre les médecins, au travers de l'image parentale que semble revêtir son mari. Elle explique que petite, elle ne pleurait pas pour aller chez le médecin, comme si cela était quelque chose de normal, car ses parents la protégeaient, en lui expliquant le rôle bénéfique du médecin.

« j'ai jamais pleuré pour aller chez le médecin. Mes parents m'ont tout l'temps expliqué très jeune c'était quelqu'un qu'était là pour notre bien, pour qu'on soit en bonne santé. »

Aujourd'hui, elle semble encore avoir besoin de cette protection. D'une part, on sait que cette patiente semble redouter le monde médical. D'autre part, on peut penser qu'à travers la présence de son époux, c'est la présence de ses parents qu'elle trouve.

La patiente M parle de la présence rassurante de sa mère à l'hôpital, lorsque petite elle fut hospitalisée.

« c'était ma maman qu'était restée une semaine avec moi à l'hôpital, parce que j'en avais besoin en fait »

3.2.5 Le corps comme objet de fragilité

3.2.5.1 Un corps comme faiblesse

La patiente A est une femme qui n'a pas confiance en elle, qui n'aime pas son corps. Elle semble **redouter le moment de l'examen clinique tel un véritable examen scolaire**. Pour elle, le corps est incontrôlable: que ce soit par « les petits signes » qu'il exprime pour laisser parler la maladie, ou que ce soit pour le poids qu'elle ne parvient pas à perdre :

« après c'est le moment d'attendre l'examen. Moi j'suis très mal à l'aise dans mon corps donc je déteste ça, donc dès que ça c'est passé ça va mieux. Dès que je suis descendue de la table c'est

mieux. Oui j'ai, je, comment dire, j'ai, j'ai des soucis, de poids, depuis que j'ai eu mes enfants, [...] c'est vraiment des petits signes, c'est ça qui fait peur. »

Elle semble ne pas vouloir être seule avec son corps face au médecin. Mais paradoxalement, elle ne semble pas à l'aise avec la mise à nu de son corps « médical » face à son époux. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

La patiente G évoque sa syringomyélie qui depuis sa jeunesse la handicape, mais elle explique avoir fait tout ce qu'elle avait désiré dans sa vie. Elle décrit ses soucis, toujours avec optimisme et sourire:

« mes jambes ne font pas toujours ce que je veux au moment où je le veux ! »

Bien que se montrant comme une femme très volontaire et au fort tempérament, on pourrait supposer que **son mari, presque toujours présent en consultation, lui serve de soutien**, elle qui toute sa vie a dû supporter les douleurs, les troubles de la marches, les traitements, le sondage urinaire... comme les consultations réitérées chez les médecins, qu'elle a beaucoup critiqués. Mais elle semble faire usage d'une forme d'orgueil, comme pour ne pas avouer sa faiblesse.

3.2.5.2 Une maladie transformant le corps

La patiente I évoque un long moment ses problèmes de poids, qu'elle met en partie sur le compte des médicaments. Elle dit assumer relativement bien l'image d'elle-même avec le surpoids désormais. En parallèle de ce poids, c'est son corps tout entier qui avec l'accident a changé. Elle explique qu'elle a dû apprendre à s'accepter ainsi, mais surtout, que le regard des autres sur elle-même s'est modifié. La présence de sa mère en consultation est un soutien face à ce corps qui s'est transformé, et qui la fait souffrir physiquement, esthétiquement...et psychiquement. Contrairement aux amis qui ont pu la juger, sa mère ne juge pas, elle accepte sa fille telle qu'elle est :

« C'est plus qu'une maman. Voilà c'est une personne qui m'aide beaucoup. »

3.2.5.3 Une grossesse faisant mal au corps

La patiente J, qui ne voit que des aspects négatifs à sa grossesse, évoque ses effets indésirables du premier trimestre, auxquels vient se surajouter sa sciatique :

« j'ai des nausées, j'ai tout l'temps envie d'vomir, j'ai la sciatique (rires). »

Son conjoint qui comme elle le dit elle-même, serait prêt à ressentir ces symptômes désagréables liés à la grossesse, est là comme soutien, il partage en quelques sortes ses douleurs.

3.2.6 Conclusion

L'analyse de nos entretiens semble mettre en évidence pour tous les patients interrogés, **une perception contrastée des médecins, ambivalente**. En effet, tous mettent en avant une vision péjorative des médecins, adoucie par quelques rares propos positifs. Cette constatation met en lumière une relation compliquée au médecin et au monde médical en général. Les patients de notre étude ne leur donnent pas facilement confiance, ils vont jusqu'à s'en méfier, redouter la consultation.

Nous pouvons alors émettre l'hypothèse que ce proche fait office de bouclier, de rempart contre ces médecins qui les effraient. Parfois ce tiers semble aussi soutenir les patients dans les échanges verbaux avec le médecin, les protéger de la crainte de ne pas comprendre le jargon médical, de ne pas réussir à se faire comprendre, et même de l'angoisse d'entendre une mauvaise nouvelle. Dans certains cas, il pourrait également s'agir de protéger le corps du patient, que celui-ci doit mettre à nu devant le médecin.

La présence du proche est pour certains patients, un mode de fonctionnement qui fait écho à leur enfance : petits, c'est la présence parentale qui les rassurait chez le médecin.

Nous pouvons supposer que les patients de notre étude ont un besoin de protection contre les médecins

3.3 DES HISTOIRES SINGULIÈRES DE RELATION AVEC LES FIGURES PARENTALES

La plupart des patients interviewés évoquent des histoires de vie avec leurs parents d'où semble émerger un sentiment de manque affectif de leur part. Nous allons voir dans ce concept les conséquences de ce sentiment.

3.3.1 Un besoin inassouvi de protection parentale

Ce besoin inassouvi mène les patients au **transfert de l'image du père ou de la mère** sur le proche.

Tous les patients de l'étude relatent un rapport « particulier » avec leurs parents, comme nous allons le développer ci-après.

3.3.1.1 Des parents ou des images parentales absentes durant l'enfance

Plusieurs patients ont comme un vécu d'abandon, que celui-ci soit réel (patient E), ou ressenti.

Comme l'évoque le patient E, il fut **violemment retiré à sa mère** dans son enfance, puis placé en familles d'accueil :

« j'devais avoir six ans. [...] J'étais avec ma p'tite copine en train de jouer dans l'sable, une p'tite fille sa mère était coiffeuse, son père était maçon. On était en train de jouer dans l'sable et pis y'avait le tracteur qui passait une traction, maman qui pleurait, j'ai dit « holà qu'est ce qui se passe !? ». On m'a embarqué, on m'a foutu dans une bagnole, ben les tractions dans c'temps-là. Direction [VilleCHUE], l'assistance publique, donc avec des valises pis j'me suis retrouvé dans des familles d'accueil. »

La précision, les détails avec lesquels il nous raconte cet événement montre l'importance et la gravité de celui-ci dans sa vie. Ces détails illustrent très précisément la scène, telle une image cinématographique.

Le patient E raconte avoir été battu et non aimé dans ses familles d'accueil :

« J'étais parti chez les parents nourriciers et le soir ils fermaient leur porte avec une fourche. Pis après ils me tapaient. »

On ressent chez cet homme, un profond besoin de réassurance maternelle, un besoin de protection, notamment contre la société, car c'est elle qui l'a arraché à sa mère. Son actuelle compagne vient combler ces manques. Femme de caractère, au physique rond et très maternel, elle semble jouer à ses côtés un véritable rôle de mère protectrice.

Le patient E a tout au long de sa vie été **délaissé par les autres** : arraché à sa mère, qui pas capable de s'en occuper, l'a délaissé, battu et mal-aimé en familles d'accueil, abandonné par sa première épouse. Avec sa compagne actuelle, il se sent enfin en sécurité :

« Ouais. C'est p't'être pour ça que, que je fais l'osmose avec euh... faut qu'elle m'accompagne parce que...c'est important pour moi. Je m'sens très sécurisé. »

De son discours émane **une profonde souffrance, un profond manque d'amour**, deux éléments qui semblent avoir été les fils conducteurs de sa vie. Aussi, il semble être parvenu à se reconstruire grâce à sa compagne actuelle, qui semble constituer une image parentale positive. Mère décrite comme « protectrice » pour ses enfants, elle semble l'être également pour son conjoint, protectrice et mère.

La patiente A, semble avoir souffert du manque d'attention de son père, mais aussi de la mise à l'écart de ses proches, lorsque les médecins lui ont découvert un cancer. Ce père lui a annoncé « agressivement » sa maladie, puis les a « tenus à distance tout le temps de sa maladie ». **Ses propos dévoilent un désir d'accompagnement de son père malade. En voulant l'éloigner de la maladie, c'est finalement peut-être de son père dont elle a été éloignée, et dont elle a le plus souffert:**

« Il a été maladroit parce que en voulant nous protéger il s'est montré agressif, c'est sa façon d'être, donc euh, ça m'étonne pas. Nan euh, ça a pas fait du bien »

Elle semble trouver en ce conjoint avec qui elle forme un couple très « fusionnel », une figure paternelle protectrice de substitution, un tiers qui lui apporte douceur et affection, et qui comblerait l'agressivité et l'absence de son père.

3.3.1.2 Une absence parentale douloureuse, seule figure à laquelle s'identifier

Le patient D explique avoir très mal vécu le départ de son père, dont il s'était fortement rapproché après la période tumultueuse de l'adolescence. Il a le **sentiment d'avoir été abandonné par son père** alors qu'il avait enfin réussi à tisser un lien solide avec lui :

« Et ça par contre c'est vrai que quand, à la mort de mon père j'ai, mal vécu pas mal chose. Parce que, c'est vrai qu'j'vis dans un monde, très féminin. J'ai, on a trois filles ici à la maison. [...] c'était le seul, la seule personne masculine avec qui j'm'entendais vraiment. [...] c'est vrai qu'à, euh, quand mon père est décédé, là pour moi c'était une catastrophe »

Cette perte de « repère masculin » fut pour lui très difficile, notamment parce qu'il vivait dans un univers très féminin (avec son épouse et leurs trois filles). De plus, il nous explique, mais cela vient en second plan, que sa mère est « tombée dans le coma » à la même période. C'est auprès de sa femme qu'il trouve alors le réconfort. Cette femme de caractère **l'emmène en consultation tel un enfant**. Il semble présenter une profonde souffrance de ce manque de père, plus que de mère, dont cette épouse maternante vient peut-être prendre la place. Peut-être représente-t-elle aussi pour lui une figure paternelle, mais qui n'efface pas le sentiment d'abandon paternel. Bien plus que les mots, le ton et l'expression du patient lors de ces évocations, éléments difficilement retranscriptibles pour le lecteur, soulignaient la charge émotionnelle qui le traversait lors de l'entretien. Autre élément à souligner : le rapprochement parental qui symbolisait également pour le patient, **l'acceptation de sa femme par sa famille** (c'est-à-dire l'accompagnante du patient D). Leur union n'avait pas été à l'époque bien acceptée par ses parents, car il s'agissait d'une femme divorcée avec deux enfants. **Il semble que le patient n'ait pas eu le temps d'apprécier ces relations nouvelles apaisées, qui avaient alors pour lui une fonction symbolique forte : d'une part la réparation du lien père-fils, et enfin la cicatrisation du lien parents-épouse.**

La patiente J présente des propos frôlant l'agressivité au sujet de sa mère, qui à ses yeux a été une mère défaillante dans son rôle de maman. Ce vécu peut être à l'origine de sa difficulté à devenir elle-même mère aujourd'hui, et expliquer ce besoin de protection, de sécurité, que lui apporte la présence de son mari.

3.3.1.3 Tentative de reconstruction du triangle familial père-mère-enfant

Le patient D, semble ne pas avoir fait le deuil de la mort de ses parents. En ayant choisi un médecin traitant masculin, et venant accompagné de son épouse, une femme maternante, il semble chercher à recréer le triangle familial **père (le médecin) – mère (sa femme) – enfant (lui)**. A travers son discours, l'attachement porté pour son médecin traitant qui le suit depuis vingt ans est palpable, alors qu'il critique ouvertement les médecins en général :

« c'est quelqu'un en qui j'ai complètement confiance »

La présentation des protagonistes observée lors de la consultation médicale ayant mené au recrutement du patient, vient appuyer cette hypothèse. Lui, recroquevillé sur lui-même, en retrait, parlant à faible voix, le regard triste, cherchant l'acquiescement de son épouse. Elle, dans un fort contraste avec lui : plantureuse, excentrique dans sa présentation vestimentaire, droite sur sa chaise, s'appuyant sur le bureau du médecin, et s'exprimant clairement et d'une voix forte, comme si elle emmenait son fils chez le médecin. Cette relation triangulaire maternante va jusqu'au fait que sa femme prépare ses médicaments, et les range dans sa propre table de nuit, comme une mère le ferait avec son enfant :

« Parce que bon, bon c'est vrai là c'est plus toi qui gère mes médicaments... »

Aussi, on devine à travers l'attachement portée à son généraliste, qu'il nomme par son prénom dans l'entretien, ce **possible rôle paternel protecteur** qu'il peut projeter sur lui.

Le patient E, quant à lui, est comme il le dit, un enfant « de la DDASS ». Retiré à sa mère à l'âge de 6 ans, et ne l'ayant jamais revue, il n'évoque jamais son père (à l'âge adulte il chercha à les retrouver, et découvrit avec violence qu'ils étaient tous deux décédés). De plus il vit dans l'ignorance de ce que ses parents ont pu faire pour leur avoir été retiré :

« Mais je suis retourné quand même, pour en finir, je suis retourné, pour savoir qu'est-ce qu'ils m'avaient fait... la personne si c'était mon père, ma mère ? Ils étaient décédés les pauvres. »

Enfant, il passe alors de familles d'accueil en familles d'accueil (douze au total...), où il subit de la maltraitance de la part des parents d'accueil. L'observation du couple que l'enquêtrice a pu mener en consultation a permis de constater des attitudes et des paroles évocatrices

d'une relation type mère-enfant : **elle semble emmener son partenaire chez le médecin, telle une mère amène son fils**. C'est également elle qui explique au médecin le motif de consultation, les symptômes du patient, et lui reste muet, presque mutique. Là aussi, le physique plantureux de l'épouse, sa voix forte et sa jovialité font que le médecin ne voit presque plus qu'elle face à lui, le patient s'effaçant. Ce dernier quant à lui ne fait que se déshabiller pour l'examen et répondre succinctement aux éventuelles questions, tel un enfant. Ce besoin de protection va même jusqu'à ce que le patient se dise protégé **par ses propres enfants**:

« comme j'avais des enfants très protecteurs [...] Et mes enfants sont très protecteurs puisqu'ils disent même à ma, à mon épouse que c'est sa maman [...] »

D'ailleurs, le patient lui-même, reprenant le discours de ces enfants, évoque le fait que sa compagne joue le rôle de maman à ses côtés.

3.3.1.4 Une relation d'infantilisation

Plusieurs patients semblent avoir avec leur proche **une relation d'infantilisation** (C, D, E, F, I). L'épouse du patient C semble se comporter avec lui **telle une mère avec son fils**. Incapable de se gérer seul, que ce soit sur le plan administratif, médical, alimentaire, c'est son épouse qui gère la maison :

« J'm'occupe pas d'grand-chose c'est vrai. »

Aussi, il évoque les « *punitions* » que peut lui donner sa femme. C'est également elle qui s'occupe de la gestion de ses rendez-vous chez le médecin. **Il se comporte donc tel un véritable enfant avec sa femme, qui semble visiblement assumer cette fonction maternelle, et vice-versa.**

3.3.1.5 Un cordon non coupé entre la fille et sa mère

En effet, la patiente L semble **ne pas avoir encore coupé le cordon avec sa mère**, avec qui probablement elle aimerait bien venir encore consulter, comme lorsqu'elle était enfant. **La venue en consultation de son ami semble compenser ce désir insatisfait, mais qui ne serait qu'en partie comblé.** En effet, après la consultation, elle ressent le besoin de

téléphoner à sa mère pour la tenir informée. **En venant avec son ami en consultation, c'est symboliquement sa mère qu'elle choisit d'amener avec elle chez le médecin :**

« elle m'a appelée direct après. (rires) Elle m'a demandé c'que j'avais. Ouais sinon, si quelque chose comme ça, elle s'inquiète quand même, elle m'demande c'que j'ai exactement. Oui j'l'ai appelée direct après. »

L'hésitation entre le fait que ce soit un appel passé par sa mère ou un appel passé à son initiative peut suggérer sa gêne d'avouer que c'est bien elle qui a contacté sa mère. On peut aussi imaginer qu'elle ressente une gêne à avouer sa relation très fusionnelle avec sa mère, et qu'elle ne réussisse pas à se passer de celle-ci :

« elle m'a appelée direct après [...] Oui j'l'ai appelée direct- après. »

D'ailleurs, on peut se demander ce que ce conjoint représente vraiment pour elle, lui qui n'est « rien du tout » :

« Il est pas vacciné, il est rien du tout. »

On peut penser aussi que **ce conjoint ne remplit pas tout à fait ce qu'attend de lui la patiente, c'est-à-dire un rôle maternel**. Lors de la consultation observée le jour du recrutement, ce conjoint est resté assis sur sa chaise, en tenue de sport, replié sur lui-même, les bras et jambes croisés, le visage fermé, n'ayant pas prononcé un seul mot, ni amorcé le moindre sourire. Il était là, mais comme absent. Sa passivité apparente explique certainement le besoin de celle-ci de contacter sa mère une fois la consultation terminée.

3.3.2 L'assouvissement d'un besoin filial

Ce besoin filial peut se traduire par la recherche d'une figure masculine en la personne du médecin traitant.

3.3.2.1 Une figure de père

Pour la patient A, ce manque parental apparent, peut aller jusqu'à rechercher un médecin homme. En effet, elle dit avoir eu des difficultés à trouver un médecin traitant qui lui corresponde, notamment parce qu'elle regrettait ses anciens médecins, dont elle précise qu'il s'agissait d'hommes :

« on venait de [VilleExRésidenceA] et sur [VilleExRésidenceA] on avait deux médecins deux hommes qui étaient vraiment supers, quand on est arrivés ici on a vraiment eu du mal à trouver. »

C'est peut-être une figure paternelle de substitution qu'elle recherche à travers la recherche d'un médecin traitant homme. Elle précise même ne pas avoir apprécié un remplaçant femme:

« J'avais essayé d'en parler un p'tit peu et puis bon, j'suis tombée sur une remplaçante pas très sympa, et du coup, j'ai pas ré abordé spécialement le sujet, voilà. »

Elle ajoute que c'est une femme médecin qui est « passée à côté » des symptômes de la maladie de son père, et que c'est un homme qui a finalement fait le bon diagnostic. Peut-être projette-t-elle à travers les figures masculines que sont les hommes médecins, une figure paternelle rassurante, réconfortante.

3.3.2.2 Une figure de mari et de père pour sa fille

La patiente B a été délaissée par son époux, présenté comme volage avec une problématique alcoolique. Rarement présent au domicile, il n'a pas participé à l'éducation de sa fille. Elle a donc élevée seule sa fille unique (tiers de la consultation). La violence de ses propos souligne la rancœur qu'elle porte à cet ex-conjoint, mais aussi probablement, le fait qu'elle ne soit pas en paix avec elle-même vis à vis de cette histoire passée :

« Il faut dire que je l'ai élevée seule, d'accord. Le papa, euh, quand il était présent dans notre vie, il était, il passait plus son temps au bistrot [...] Il passait sa vie au café, il rentrait à la fermeture des cafés dans un état, pitoyable ! C'était du gros alcoolisme. [...] Via quelques petites voisines, quoi, [...] Donc voilà, quand il rentrait c'était pour murger donc pour dormir, donc c'est vrai que ma fille, je l'ai élevée toute seule. »

Consultant avec sa fille de 21 ans, elle **semble rechercher à travers son médecin traitant l'image de l'homme qui lui manque** : délaissée par son mari, **ayant perdu son père** qu'elle considérait comme le père de sa fille quelques mois auparavant, **elle semble voir à travers son médecin qu'elle apprécie, la figure masculine idéale pour elle et sa fille**. Elle reproduirait ainsi, en consultant accompagnée de sa fille, l'image idéale du triangle familial père (le médecin) – mère (elle) – enfant (sa fille), ou mari-femme-enfant. Son attitude lors de la consultation fait évoquer une recherche de séduction envers son médecin : femme très bavarde, joviale et très souriante, mais très à l'aise aussi, elle semble se sentir chez son

médecin comme chez elle. Elle évoque ainsi l'idée que son médecin s'attache à ses patients, **comme si au fond elle attendait que son médecin, s'attache à elle :**

« Et puis j'pense aussi de toute façon qu'un médecin s'attache aussi à ses patients. [...] Puis après donc j'vous dis y'a l'feeling, y'a l'humour qui passe. Donc voilà. »

Elle parle de son médecin traitant et d'elle comme d'un couple en employant à plusieurs reprises le pronom personnel « on » :

« j'en ai parlé au docteur [DrTraitantB], la fois suivante, on a remédié au problème »

Et enfin, elle évoque son médecin généraliste, puis par associations d'idées, enchaîne sur la gynécologie. Son association d'idées peut faire penser qu'elle éprouve une certaine attirance envers son médecin :

« C'est vrai que moi personnellement je suis plus proche de mon généraliste que...et puis un spécialiste, regardez un truc tout bête, un gynécologue, c'est une fois par an. »

Elle déclare même **être « proche »** de son médecin traitant. Cette hypothèse de triangle familial est renforcée par l'attitude de la fille lors de la consultation observée. Bien qu'âgée de 21 ans et étant maman d'un petit garçon, **elle a apporté dans le cabinet un livre pour enfants mis à disposition dans la salle d'attente. Tout au long de la consultation, elle intervenait peu mais semblait pourtant bien être à l'écoute. Elle feuilletait son livre, et se balançait sur sa chaise, telle une jeune enfant.**

3.3.3 Une relation de dépendance fusionnelle entre le patient et son proche

La consultation chez le médecin est un moment dédié au couple pour la patiente A, qui dit former avec son mari un couple fusionnel :

« En général j'essaie qu'y ait pas les enfants sauf ça arrive que j'ai pas le choix alors ils sont là, mais, non j'viens rarement seule. Et à la limite je préfère que mon mari soit là. [...] On est assez fusionnel comme couple, on est tout le temps ensemble »

Comme nous l'avons écrit plus haut, cette fusion n'est pas là par hasard. A travers son époux, c'est aussi une figure de père protecteur que la patiente recherche. Par ailleurs, plusieurs fois au cours de notre stage, nous avons croisé cette patiente allant chez le

kinésithérapeute (son cabinet étant dans la maison médicale où se trouve le cabinet du médecin généraliste). **A chaque reprise, celle-ci était en compagnie de son époux.**

Le patient E a vécu un échec de vie de couple après 27 ans de mariage, auprès d'une femme qui l'aurait maltraité. Il vit actuellement une toute autre relation :

« Et pis maintenant on est, on est fusionnel. Ouais. C'est p't'être pour ça que, que je fais l'osmose avec euh... faut qu'elle m'accompagne parce que...c'est important pour moi. Je m'sens très sécurisé. Vous vous sentez ? Très sécurisé. D'accord. Que j'l'étais pas avant. »

Il explique partager aujourd'hui une relation très « fusionnelle », être en « osmose » avec sa compagne actuelle, en opposition à son ancien mariage. Cette fusion lui est utile, puisqu'elle lui permet cette protection que lui offre sa compagne. Elle lui permet peut-être un amour maternel dont le patient a été lésé. C'est toujours ensemble qu'ils vont chez le médecin :

« Ben quand j'avais rendez-vous à [VilleSpécialisteE], voir, un médecin aussi, elle m'accompagnait, pour le rendez-vous, mais après elle avait plus le droit d'entrer. Mais en premier lieu elle rentre toujours, j'lui demande toujours de m'accompagner. C'est que quand on est allé à [VilleSpécialisteE], ben même pour la retraite t'étais avec moi. C'est vrai qu'toujours, toujours. »

La vie toute entière de la patiente K et de son époux a été semée d'épreuves, notamment de décès de proches. Ces événements les ont comme soudés l'un à l'autre. Elle décrit leur relation comme étant fusionnelle. Elle explique également que le fait d'être tous deux retraités les a rapprochés :

« Non, mais bon, c'est que voilà, on est, donc, que j'viens chez l'médecin, pis maintenant mon mari travaille plus, alors maintenant qu'il est en retraite, on a tendance peut-être aussi à être un petit peu, voilà, ensemble, voilà. »

Avec son époux, elle semble entretenir **une relation de couple presque fraternelle, voire incestueuse**. En effet, elle a épousé son mari très jeune. Ce dernier a perdu ses parents très tôt. Si l'on considère les propos de la patiente, l'époux de la patiente a toujours considéré sa belle-mère comme sa mère, et sa belle-mère aurait considéré son gendre comme son fils. Dès lors, la patiente K et son mari sont presque comme frère et sœur si on écoute la description qu'en fait la patiente.

La patiente B et sa fille formeraient presque un couple à elles deux, couple qu'elle décrit comme « fusionnel ». Ce lien a été renforcé par la naissance du petit fils :

« donc c'est vrai que ma fille, je l'ai élevée toute seule. De ce fait, ça a toujours été fusionnel. [...] on s'entend très très bien y'a pas de soucis quoi. Elle a son conjoint, mais comme j'travaille pas, ben, on mange ensemble tous les midis, et puis, pis pis pis, y'a le p'tit homme de ma vie qui est là ! »

A elles deux, elles s'auto-suffisent : elles n'ont nul besoin du conjoint de la fille. Ce couple fusionnel est là pour faire front à ce mari et père défaillant.

Pour tous ces patients, cette relation fusionnelle semble rassurer, apaiser, protéger les partenaires du couple.

3.3.4 Un besoin de compagnie

Ce besoin est la conséquence d'un sentiment de solitude, elle-même issue d'un vécu de frustration, ou d'abandon.

3.3.4.1 Un vécu de frustration responsable d'un sentiment de solitude

i. Des choix de vie non assumés

Les patients D et J présentent tous deux **un vécu de frustration**. Ces deux patients semblent ne pas avoir assumé leur choix de quitter leur région natale pour suivre leur conjoint, qui se trouve être l'accompagnant. Ce tiers vient alors jouer **un rôle protecteur, une réassurance, un apaisement** face à ces choix non assumés.

Le patient D semble ne pas avoir assumé le fait d'avoir suivi son épouse en Vendée. Bien plus que la séparation avec sa région d'origine, c'est comme si ce choix lui avait fait perdre ce qu'il était en tant qu'homme, comme s'il ne restait de lui que le professionnel, c'est-à-dire l'instituteur. Evoquant ce départ, il déplore :

« moi j'suis toujours enseignant mais bon, c'est tout. ».

Le terme « c'est tout » souligne cette perte de l'homme, et de tout ce qui l'enveloppe. Ses propos peuvent dévoiler son sentiment de solitude :

« Oui, nan mais bon, on a vécu quand même, elles sont toujours là, enfin...Et euh, moi en v'nant en Vendée déjà, bon j'suis pas vendéen, et pfff, j'me suis pas forcément trouvé beaucoup d'gens. J pense que j'aurais très bien pu vivre beaucoup mieux, enfin, professionnellement, euh, dans les [RégionOrigineD]. »

Cette distance géographique traduit aussi un éloignement parental qu'il a eu du mal à assumer, car responsable d'une impossibilité d'accompagner ses parents en fin de vie. Cet éloignement fut vécu comme une véritable frustration par le patient. Comme en témoigne son coq-à-l'âne :

« Alors quand on a travaillé pendant dix ans dans sa classe, avec des projets et tout, c'est un peu difficile, et c'est vrai qu'à, euh, quand mon père est décédé, là pour moi c'était une catastrophe. »

La patiente J explique être venue s'installer en Vendée pour suivre son mari, ce qui semblait initialement lui convenir, car cette situation lui permettait de profiter aussi de leur passion commune qu'est l'équitation. Cependant, ses propos masquent une frustration de cette ancienne vie parisienne : difficultés à se créer un cercle amical alors qu'elle vit désormais « à la campagne », à trouver un emploi dans son secteur d'activité, à être considérée comme « une bouseuse » par sa sœur parisienne, et angoisse de ne pas pouvoir continuer à aller sur Paris régulièrement une fois le bébé arrivé :

« J'ai suivi mon mari ! [...] qu'avait, enfin qu'a un très gros poste en Vendée donc, du coup on a fait un choix. Pis il avait des chevaux, j'avais mes chevaux [...] à la base c'était plus simple pour nous de venir s'installer en Vendée, que de s'installer sur [CapitaleJ]. Mais avec les inconvénients que ça implique. Be, professionnellement, ouais. Niveau épanouissement personnel c'est pas ça. Vous avez su vous recréer un réseau ici. Nan j'travailles qu'avec [CapitaleJ]! »

Cette frustration professionnelle du fait de son éloignement de son ancien lieu de travail est double, puisque en arrivant en Vendée, elle n'a pas retrouvé de poste adapté à ses compétences dans le domaine de la communication et s'est trouvée contrainte de trouver un emploi « alimentaire ». Le fait qu'elle ne travaille « qu'avec [CapitaleJ] » souligne aussi sa difficulté d'intégration dans sa région d'accueil. Elle aussi se sent profondément seule.

« c'est pas un plaisir d'y aller, et c'est, alimentaire. Ouais. Quand on a fait un bac plus cinq, être vendeuse, on aspire à autre chose ! (rires) [...] faut s'faire une réalité y'a pas d'travail. Surtout dans la Com. Ou alors, si on vous propose des choses, on vous demande un bac plus cinq avec de l'expérience payé au SMIC donc heu. »

Son époux vient alors peut-être combler sa solitude, elle qui ne s'est pas encore créé un cercle amical. Il constitue un appui réconfortant, rassurant, et est le seul, puisque ayant « un très gros poste », à lui renvoyer un miroir de son passé professionnel et intellectuel. Lui seul peut la comprendre ici, il semble être son plus sûr allié... et va même jusqu'à chercher la fusion.

ii. Un état de santé, contrainte pour les loisirs

La patiente J est frustrée de ne pas pouvoir pratiquer sa passion, l'équitation (qui est aussi une de ses professions), mais est surtout « sa vie ». Cette frustration est d'autant plus importante qu'elle a conscience que cela va perdurer : contrainte de ne pas monter à cheval en raison de sa sciatique, elle sait aussi qu'il lui reste plusieurs mois de grossesse :

«Oui pis ça m'handicape surtout, parce que j'peux plus monter les chevaux, j'peux pas faire les box, j'peux rien faire ! [...] Là en plus avec ma sciatique, [PrénomEpouxJ], qui lui a un très gros poste, il se lève à six heures du matin pour s'occuper des chevaux parce que j'peux pas l'faire. Donc j'culpabilise ! [...] j'ai des chevaux de concours, ça fait un mois qu'ils foutent rien donc, c'est un peu frustrant. [...] C'est vrai que c'est quelque chose qu'on voulait. [...] Moi les chevaux c'est ma vie. Normalement j'suis en concours tous les week-ends, et là, je sais qu'ça va être un an, à rien faire quoi. »

Son conjoint avec qui elle dit former un couple très fusionnel, vient ainsi peut-être compenser cette possible frustration, ce manque, mais aussi sa solitude, son isolement.

3.3.4.2 Une peur de la solitude suite à des décès

La patiente H, qui insiste maintes et maintes fois sur le fait qu'elle n'aime pas vivre seule, a ainsi été mariée trois fois. Elle se présente comme ayant été « trois fois veuve », comme si cela la définissait. En réalité, ses deux premiers époux sont décédés durant leur vie maritale, tandis que le troisième est décédé après leur divorce :

« Et je suis quelqu'un qui a été mariée déjà trois fois ! Donc là il, là ça risque pas d'se produire. (rires) [...] Mais j'ai été mariée trois fois, et trois fois veuve. Alors euh, bon. C'est un peu compliqué, ma vie. »

On peut faire l'hypothèse que cette patiente présente un besoin inassouvi de compagnie, une soif de la présence de l'autre, qui dissimule une crainte de la solitude. De fait, elle a besoin d'un proche pour venir consulter, pour se sentir moins seule. Elle répète qu'elle ne reste pas seule, comme si le dire la rassurait :

« je ne reste pas seule [...] D'être tout seul c'est pas marrant hein. D'être tout seul [...] Moi j'suis quelqu'un qui reste pas toute seule. [...] Ah non j'reste pas toute seule, il me faut quelqu'un à la maison, ou pas loin. [...] J'me suis remariée dans la même année, je ne reste pas seule ! (rires) [...] Et puis après je me suis, j'ai été un moment toute seule, mais j'avais mes enfants. Donc j'étais pas toute seule, [...] Vous avez besoin d'être entourée. Compagnie ! Compagnie. Entourée, voilà ! »

On peut penser que son ami actuel vient combler ce manque, ce besoin de compagnie, cette peur de la solitude...Mais il lui rappelle aussi sa solitude !

Ainsi, pour plusieurs patients, la frustration est un élément récurrent dans leur vie. Certains choix de vie, ou certains événements de vie, sont peut-être responsables pour les patients d'un profond sentiment de solitude. Cette solitude, c'est le proche semble venir la combler, ou tenter de la combler.

3.3.5 Conclusion

Notre étude met en évidence pour la plupart des patients, un besoin de protection parental fort. **Pour ces patients, à travers l'accompagnant, c'est souvent une figure parentale que semble projeter le patient.** Nous pouvons penser que venir accompagné, c'est symboliquement, venir avec son père, c'est venir avec sa mère.

Il est possible que ce comportement soit souvent lié à un besoin inassouvi de protection parentale dans l'enfance ou dans la jeunesse, et même, à un besoin inassouvi d'amour de la part des parents. La fonction symbolique du proche apparaît essentielle. Dans les discours de nos patients émane pour la plupart d'entre eux, un « manque », une carence affective d'origine parentale. Tantôt mère avec qui le cordon n'est pas encore coupé, le tiers semble représenter pour d'autres, la mère à laquelle le patient a été retiré dans son enfance. Parfois aussi, le médecin pourrait représenter la figure paternelle, avec qui les relations ont pu être chaotiques, mais surtout défaillantes.

Nous pouvons faire l'hypothèse que le tiers, par sa présence rassurante et réconfortante, vient compenser ce manque jusque dans le cabinet médical, lieu où peut se jouer une relation triangulaire ou non, qui viendrait réactualiser une situation infantile.

3.4 LA MALADIE, EVENEMENT REDOUTE ET REDOUTABLE

Tous les patients interviewés rapportent des évènements personnels ou non en lien avec la maladie. Ils ont chacun leur perception singulière de celle-ci.

3.4.1 Perception de la maladie

Chacun des treize patients exprime sa propre représentation de la maladie.

Ainsi, pour les patientes A, H, K, L et M, la maladie est parfois **perfide et sournoise**.

La patiente A explique:

«Parce que c'est quelque chose qui tombe dessus sans prévenir, et pis, qui s'guérit pas forcément. [...] y'avait pas de signes vraiment extérieurs, c'est vraiment des petits signes, c'est ça qui fait peur »

Pour la patiente H, elle peut aussi entraîner des bénéfices secondaires, mais elle entraîne aussi la perte de ceux qu'on aime.

Pour la patiente M, **il faut donc la prévenir**

Pour la patiente B, elle est une **violence faite au corps**.

Pour le patient D, la maladie **entraîne une diminution des capacités physiques**.

Pour les patients E et J, elle **vous coupe de la société**. Pour la patiente J, la maladie **fait aussi mal au corps**.

Pour les patients F et L, on ne sait pas d'où viennent les maladies. La patiente L **ne comprend pas pourquoi sa tante a pu avoir une tumeur cérébrale, alors qu'elle semblait être en bonne santé** Le patient F ne comprend pas pourquoi elles surviennent malgré une bonne hygiène de vie. Il ne comprend pas pourquoi sa mère a eu un cancer, alors que selon lui, elle vivait sagement. **N'ayant pas mis en évidence de cause à effet, ayant une hygiène de vie saine, il ne conçoit pas qu'elle puisse tomber malade :**

« Bon c'est vrai qu'sur le coup ça nous a surpris. Euh, d'où c'est v'nu on sait pas. D'façon bon c'est comme un cancer. Si j'fume, si j'lai un jour je saurai bien qu'c'est d'ma faute. Mais, elle fumait pas, elle buvait pas, elle mangeait les produits du jardin. A l'époque on élevait nos poules, on tuait une vache dans l'année, donc des produits sains. Bon. Elle a eu l'cancer, elle a eu l'cancer à la retraite ! »

Pour la patiente G, **il faut l'accepter**, vivre avec et se battre la tête haute.

Pour la patiente I, on peut supposer que la maladie **est une renaissance**.

3.4.2 La recherche d'un soutien face à la maladie

3.4.2.1 Une phobie de la maladie

i. Origine de cette phobie

Plusieurs raisons peuvent justifier cette peur que représente la maladie.

▪ La maladie comme souffrance globale

Cette phobie de la maladie est, pour plusieurs patients (A, B, D, H, J, L, et M), associée au souvenir de gestes médicaux vécus comme une violence dans leur enfance (cf première partie, gestes médicaux intrusifs).

La patiente J semble considérer sa grossesse comme une **contrainte pour son corps**. Elle semble vivre cette grossesse comme une véritable violence faite à son corps :

« Et pour vous être enceinte ça signifie quoi. Ben alors là ! Début des emmerdes ! (rires) nan, j'sais pas, je... j'sais pas. J'arrive pas à... enfin je sais pas, je verrai en septembre parce que j'arrive pas à m'dire... nan pis pour l'instant j'vois qu'les côtés négatifs quoi. J'vomis, j'ai, j'ai des nausées du matin au soir, j'ai mal au dos. J'ai vraiment que les côtés négatifs y'a pas du tout d'positif donc heu. [...] J'ai mal aux seins, enfin j'ai mal partout ! C'est pas agréable de sentir son corps comme ça quoi. Des fois j'ai un peu l'impression que mon corps il dit « non stop ! Je veux pas, je veux pas ! ». »

Cette difficulté à accepter ces symptômes, et en somme sa grossesse, c'est finalement son époux qui cherche à les assumer pour la soutenir :

« C'est dans sa nature, il veut s'impliquer dans tout. J pense que si j lui disais « c'est toi qu'a les nausées », il dirait « d'accord ». »

Le patient F, qui a subi trois mois avant l'entretien un grave accident de travail (malaise avec chute de son tracteur et traumatisme crânien), s'est aussi durant l'accident fracturé plusieurs vertèbres. Initialement non informé, selon ses propos, du risque de déplacement de celles-ci, et des conséquences potentielles que cela aurait pu avoir, il s'est fait une grande frayeur lorsqu'on lui a annoncé qu'il devait rester immobilisé sous peine de risquer une tétraplégie. Il a alors pris conscience du risque de handicap.

La patiente I évoque, telle une litanie, ses multiples fractures, conséquences de son accident de moto, puis ses multiples interventions chirurgicales.

▪ La maladie atteint le corps et l'esprit

La consultation médicale est aussi le moment où le patient est à même de se mettre « à nu », au sens propre comme au sens figuré. Le tiers peut alors jouer un rôle de protection du corps dévoilé au médecin, ou bien, celui de tiers « voyeur ».

Pour la patiente A, le corps est perfide, presque vicieux. Il s'exprime à bas-bruit, il est sournois et peut la tromper. Cette crainte semble trouver son origine lors du cancer de son père, qui avait selon elle initialement pour seul symptôme, une adénopathie. Elle redoute dès lors tous ces « petits signes » que le corps peut révéler :

« et y'avait pas de signes vraiment extérieurs, c'est vraiment des petits signes, c'est ça qui fait peur [...] Enfin je sais que le cancer de mon père a été découvert à cause d'un ganglion dans le cou [...] Parce que j'ai des fois le cou qui gonfle qui me fait mal c'est quelque chose qui m'inquiète mais, j'en ai pas encore parlé ! »

C'est aussi dans ce même corps qu'elle craint, qu'elle redoute, qu'elle se sent mal à l'aise. Ce corps, elle n'arrive pas à gérer. Que ce soit ce poids qu'elle ne parvient pas à perdre ou tous ces « petits signes » qui peuvent révéler des maladies, tout lui échappe. Son conjoint, présent à chaque consultation, est là comme une enveloppe protectrice rassurante.

▪ La maladie, expérience familiale douloureuse

Tous les patients rapportent un vécu douloureux, parfois non cicatrisé de la maladie d'un proche.

La patiente A a mal vécu le cancer de son père, qui a été l'origine d'un dysfonctionnement familial. Elle explique que c'est depuis cet événement qu'elle a peur des maladies:

« y'a pas mal de gens malades que j'ai connus donc du coup [...] Et euh, j'étais pas forcément inquiète par rapport à ma santé avant, et c'est vrai que, toujours pareil, c'est que l'cancer d'mon père fait que maintenant j'ai peur »

La patiente B a vécu douloureusement la longue maladie de son père, seule figure masculine familiale après le départ du domicile de son mari. Elle devait à la fois assumer le fonctionnement familial : père, mère, fille, et assumer son travail, et ce, sans l'aide de son conjoint. Accompagner son père souffrant fut une épreuve longue et douloureuse psychologiquement :

«mais j'étais là moi aussi pour m'occuper aussi d'une grande propriété, de chez moi, d'chez ma fille, de ma mère, de mon père, enfin bon. Donc euh, ça speedait un p'tit peu trop, mais y'a, on l'a perdu y'a deux ans, suite à, d'abord il nous a fait une embolie pulmonaire et ensuite un cancer du poulmon, estomac, paralysie des cordes vocales. [...] Ben là, j'ai joué la forte, parce que fallait soutenir ma mère, et fallait soutenir ma fille. Mais bon. Pendant trois mois j'ai fait des cauchemars. C'est à dire que le lendemain qu'il est parti, ben son ventre était énorme parce que les gaz avaient remonté, et pendant trois mois, bon faut savoir que j'ai la phobie des vers de terre, et des vipères et des serpents, donc voilà, oui c'est comme ça, pendant trois moi j'ai fait des cauchemars toutes les nuits voire plusieurs fois par nuit, où son ventre éclatait et c'était des vers de terre et des serpents et des vipères qui sortaient. Donc voilà, là j'ai eu un peu du mal à accuser le coup. »

Le patient C a une jeune sœur présentant un handicap physique et mental, qu'il n'a jamais évoqué durant l'entretien. Nous avons appris cela sur le pas de la porte en quittant le domicile, par son épouse. Le patient n'en a alors fait aucun commentaire. On peut penser qu'après une heure de discussion autour de la maladie avec ce patient, cet oubli ou cette omission volontaire de la situation de sa sœur témoigne de la douleur qui y reste attachée.

Le patient D garde comme une blessure sourde le départ de ses parents, notamment la mort de son père, qu'il a vu diminuer petit à petit, et une mère qu'il a vu sombrer dans le coma :

« bon quand mon père est mort du cancer de, des poumons [...] Et ça par contre c'est vrai que quand, à la mort de mon père j'ai, mal vécu pas mal chose. »

La patiente G quant à elle, vit depuis ses 21 ans avec des séquelles physiques de son accident. Son mari traverse un cancer, mais elle l'évoque de façon laconique, et ne cherche vraiment pas à développer le sujet. On peut émettre l'hypothèse, qu'elle n'ose pas en parler de peur de se laisser submerger par l'émotion :

La patiente H reste sensible à l'évocation de la mort de ses parents, comme le soulignent ses larmes lors de l'entretien. Elle semble aussi frustrée de n'avoir pu les accompagner comme elle l'aurait désiré dans leurs derniers instants :

« Mes parents, qui sont morts jeunes. Mon père il avait 45 ans et ma mère 53. Cancer tous les deux. [...] j'habitais déjà à [VilleExResidenceH2], pis j'avais mes enfants quand elle est décédée, donc c'était pas facile déjà d'aller la voir. Et puis ben c'est... pas bien hein ! Pas bien, c'est sûr. [...] pis que j'pouvais pas faire comme j'voulais parce que avec les p'tits. Ça m'fait pleurer... ! (rires et pleurs) »

La patiente I porte elle-même les séquelles d'un lourd accident de moto. Elle évoque également, non sans une certaine virulence, son père, qui présente une problématique alcoolique. Outre la maladie qu'est l'alcoolisme, c'est pour elle un double fardeau, puisque elle évoque son père tel un véritable zombie, là où elle attend de lui un soutien face à son handicap :

« Vu qu'mon père il a de problèmes d'alcool, on le laisse de côté on va. »

Avec sa mère, elles forment un duo soudé, qui leur a permis de surmonter les difficultés liés à ses handicaps. Mais aussi, duo ligué contre ce père alcoolique, qui n'en fait pas assez, qui ne pense qu'à lui.

La patiente J évoque l'infarctus de son père, qui fut convalescent au domicile familial :

« mon père a fait un infarctus. Bon il s'est remis assez rapidement, [...] Après [...] il a fait sa rupture du talon, c'est ça qu'a déclenché l'infarctus à cause de la douleur, en jouant au squash ! Il a tout cumulé, donc oui il a été huit mois convalescent à la maison donc c'était pas un bon moment ».

Elle continue en évoquant sa mère, fragile, à qui elle en veut encore aujourd'hui de ne pas avoir su « être mère » en raison de cette maladie :

« Ma mère elle est toujours, elle a jamais été élevée par sa mère parce que sa mère a toujours été malade, elle a été élevée par une bonne, et à sa façon d'être avec nous, elle est traumatisée. Comment ça, vous dites « dans sa façon de se comporter avec nous ». C'est compliqué parce que ma mère elle est un peu bipolaire on va dire. Elle a un rapport enfant-parent qu'est très très particulier donc heu. Ouais j pense qu'elle a été très marquée. Elle ne sait pas du tout comment se comporter avec nous. »

La patiente K raconte la maladie de son père et de sa mère, et sa déception de la prise en charge faite en milieu hospitalier, par des médecins selon elle incompetents, menteurs, etc. Son mari avec qui elle est en couple depuis ses 17 ans est son plus fidèle soutien, son plus sûr allié. Ensemble, ils ont affronté des difficultés tout au long de leur vie de couple.

Bien que le motif de la consultation de la patiente L soit bénin, la patiente s'en inquiétait, car une blessure plus importante aurait pu la contraindre à avoir un arrêt de travail, qui l'aurait empêché de pratiquer sa passion, l'équitation. Son ami est là certainement pour la soutenir.

La patiente M évoque son grand-père qui a eu un cancer du foie, maladie qui fut rapidement évolutive et fatale :

« Il est décédé en l'espace de deux mois. On sentait bien que bon, il était fatigué, des choses comme ça mais il nous l'avait tout, tout caché. Donc quand on a appris [...] en l'espace de deux mois voilà il a filé à l'hôpital, il est revenu chez lui, et il est décédé, et ça en fait ça a été oui un peu...on s'y attendait pas du tout quoi. »

Patiente très anxieuse, son ami est probablement un véritable soutien face à ses angoisses de maladie.

ii. Conséquences de cette phobie

Nous retrouvons dans les entretiens divers comportements engendrés par cette peur de la maladie.

▪ Une tendance excessive à adresser ses proches chez le médecin traitant

Pour la patiente A le vécu de maladies dans son entourage est responsable d'une inquiétude pour la santé de ses proches, en premier lieu ses enfants :

« Quand c'est les autres j'ai tendance à aller tout de suite chez le médecin, dès que c'est moi, j'traîne la jambe. [...] Quand il s'agit des autres j'm'inquiète j'ai peur et faut qu'ils aillent, faut qu'ils aillent consulter même si Monsieur est très très têtu avec ça ; mais pour les enfants en général on n'attend pas, on y va assez rapidement. [...] dès qu'il y a quelque chose je préfère qu'ils aillent voir pour être rassurée pour voir si c'est grave si c'est pas grave. »

La patiente B de son côté aura un comportement différent selon qu'il s'agit d'elle ou de sa fille :

« C'est-à-dire que vous voyez moi j'm'ouvre un doigt, si c'est pas au travail il est même pas question d'aller à l'hôpital. Ma fille va se couper avec une lame de rasoir, je vais filer aux urgences. »

La patiente H reconnaît avoir parfois amené ses enfants chez le médecin pour des brouilles :

« Non ben avec les enfants, c'est sûr que, avec les enfants moi dès qu'y'avait quelque chose, ça y'est. Dès fois pour pas grand-chose, mais bon, j'étais rassurée et pis, voilà, hum. »

▪ Un évitement de la consultation pour soi-même

La patiente A dit consulter peu pour elle-même, et ne pas évoquer ses craintes à son médecin, par peur qu'on lui découvre quelque chose :

« J'avais peur en fait pour la thyroïde. Parce que j'ai des fois le cou qui gonfle qui me fait mal c'est quelque chose qui m'inquiète mais, j'en ai pas encore parlé ! »

- **Ou à l'inverse, une tendance à consulter par excès**

La patiente M avoue avoir une attitude « préventive ». Pour elle, il faut mieux prévenir que guérir :

« dès que j'ai la petite chose qui va pas, j'ai tendance à aller consulter mon médecin aussitôt »

Elle évoque son inquiétude de développer certains problèmes médicaux, **car elle pense que les maladies peuvent être héréditaires** :

« c'était pas rapport en fait à mes varices, parce que étant donné que j'ai des antécédents dans la famille, j'avais en être sûre en fait que j'avais pas de choses particulières par rapport à ça. [...] Bon après si, je sais qu'ma maman a des soucis, ben au niveau des varices, parce que du côté d'sa famille, ils ont tous... [...], bon ça commençait un p'tit peu à m'tracasser quand même, parce qu'on sait pas d'où ça vient. »

Dès lors, pour cette jeune femme, il faut se méfier du moindre petit signe et être « préventif », dépister les pathologies avant leur apparition :

« Heu, ben j'dirais avec aujourd'hui tout ce qu'on voit j'veux dire, des maladies des gens parfois qui s'y prennent un peu trop tardivement pour détecter ce qu'ils ont. Moi je sais que j'suis quelqu'un de très préventive, donc dès que j'ai la petite chose qui va pas, j'ai tendance à aller consulter mon médecin aussitôt. »

- **Un recours parfois excessif aux examens complémentaires**

C'est le cas de la patiente M :

« Parce que je sais que le radiologue souvent m'a dit « contrôle tous les deux ans », moi j'suis un p'tit peu préventive j'préfère faire un contrôle tous les ans. Donc moi j'suis facilement oui, à faire des examens, des choses comme ça. »

D'ailleurs, elle nous dit lors de l'entretien avoir été rassurée par l'électrocardiogramme réalisé lors de sa consultation.

- **Rester dans le déni de sa propre maladie**

Cette peur de la maladie incite certains à rester dans le déni de sa propre maladie, à la négliger, afin de ne pas avoir à affronter la réalité. Le patient C **préfère nier la réalité**

qu'est sa maladie alors que tout dans son quotidien lui rappelle son diabète. Son épouse maternante lui répète à chaque repas de « moins manger », lui est obnubilé par son poids (comme le souligne la répétition d'évocations à ce sujet), ses plaies cicatrisent moins bien depuis qu'il a son diabète, et il sait son hémoglobine glycosylée catastrophique. Tout au long de son entretien, il évoque son diabète, mais paradoxalement, ne se considère pas malade.

« J'aurais un problème, j'irais voir docteur [DrTraitantC]. »

3.4.2.2 La maladie, symbole de toute une vie

Pour la patiente G, qui vit depuis 46 ans avec les séquelles d'un accident de la voie publique subit à l'âge de 21 ans, c'est sa vie toute entière qui rime avec maladie :

« Oh, ben j'roulais trop vite et j'ai déraillé sur les gravillons, j'ai traversé la route, c'était l'époque « pas d'ceinture ». Euh, donc je suis sortie par le pare-brise, j'suis tombée assise sur le bas-côté la voiture, sur les jambes ! (rires). Je n'ai pas perdu connaissance. [...] J'avais 21 ans. »

Femme de caractère comme nous l'avons déjà dit précédemment, cette façade optimiste est sa manière à elle d'assumer cet accident, dont elle est elle-même en partie responsable, en tant que conductrice.

La patiente I, âgée de 24 ans, en avait 20 lors de son grave accident qui a entraîné le décès de son petit-ami et qui lui a laissé de nombreuses séquelles physiques et morales. Sa vie actuelle semble avoir pour point de départ cet accident, comme nous le verrons ultérieurement :

« Donc en fait le [DateAccident2010I], j'ai eu un accident d'moto avec mon ami. Donc l'ami qu'j'avais à ce moment-là est décédé sur le lieu d'accident. »

Ce handicap, il faut l'assumer malgré la douleur très présente bien que banalisée.

On peut faire l'hypothèse pour la patiente G, qu'avouer qu'elle souffre, que son corps tout entier a mal, serait presque comme un aveu de faiblesse. Elle n'ose d'ailleurs pas utiliser le terme « souffrance », mais uniquement le terme « douleur », comme si celui-ci minimisait les choses :

« Donc autrement j'me passe de médicaments, parce qu'on m'a proposé plusieurs fois des choses pour la sou, ... la douleur ou et caetera, mais j'en veux pas tant que je peux m'en passer, je n'en veux pas ! ».

Elle se plaint peu, mais son discours est pourtant parsemé des termes « mal » et « soucis », comme si elle ne voulait pas l'exprimer : elle veut se montrer forte, mais ses paroles la trahissent. Ainsi, pour elle, venir en couple, c'est probablement affronter à deux cette souffrance qui est un poids de toute une vie, mais il semble pour elle impossible de l'exprimer, par peur d'être vue comme faible. Cependant, elle semble préférer ne pas exprimer ses ressentis.

3.4.2.3 Un rapport à la mort très présent

Plusieurs patients nous rapportent une expérience ayant touché de près ou de loin à la mort, expérience toujours vécue comme un traumatisme.

La patiente B relate la mort de son père, mort à laquelle elle n'était pas préparée malgré les mois de maladie :

« Moi j'ai réagi de la façon suivante, bon ben il est parti très très vite en deux mois d'temps, [...] Donc, donc de toute façon dans l'état où il était c'était un grabataire, j'me suis dit tant mieux il est parti il est mieux là où il est. [...] C'est-à-dire que moi, jusqu'au jour où il est parti, j'avais la petite lueur d'espoir. Il est parti le matin en ambulance, oui mais bon, et le soir il est mort. »

Elle évoque le deuil non fait de sa fille vis-à-vis de ce grand-père, qu'elle considérerait comme son père. A travers ses propos, on peut penser que c'est la patiente B elle-même qui n'a pas encore fait le deuil de son propre père. A deux, elles se soutiennent.

Le patient D a vécu une expérience, qui sur le plan symbolique, l'a fortement marqué, traumatisé. Avec cette première confrontation à la mort, il s'est réellement « pris », au sens propre du terme, la mort en pleine face, et ce d'autant plus que son père est décédé d'un cancer pulmonaire :

« c'était, ma première confrontation à la mort, enfin, d'un proche [...] ça c'était assez difficile parce que il a fallu que j'l'aide le médecin à relever mon père et à fermer la bouche. Et y'a eu un moment donné où tout l'air est r'ssorti, sur, enfin sur l'espace de, on va dire dix secondes, très, très court. [...] »

Quand il m'a demandé de faire ça j'étais (écarquille les yeux en ouvrant la bouche). En plus on a eu l'impression que ça repartait quoi ! Ça fait, pis bon non ça repart pas, c'est fini quoi. »

Pour lui, la maladie invalidante contraignant à ne pas faire de sport, lui fait craindre une prise de poids. Lui qui est frustré de ne pas pouvoir pratiquer le vélo, craint par-dessus tout en arrêtant son activité physique de prendre du poids, de voir son corps se modifier, de voir son corps s'user. Aussi, pour lui cette maladie aigue (une sciatique), est associée à la vieillesse (il ne peut plus faire de sport), et donc le rapproche un peu plus de la mort :

« c'est c'est venu, c'est c'est c'est comme une douleur de, 'fin, pour moi c'est comme une douleur, de, de peut-être un peu de vieillesse qui arrive (sourire) un peu, enfin j'sais pas si c'est d'la vieillesse, donc, parce que bon c'est vrai c'est une douleur que j'ai depuis l'mois d'août...[...] Parce que j'lui ai dit « l'der de la der après si moi j'fais pas de sport, j'prends tout de suite cinq six kilos ». »

Aussi, on peut penser que le tiers constitue un élément protecteur vis-à-vis du médecin, par rapport à ce corps vieillissant. Son épouse-mère est un soutien pour lui face à cette peur de la maladie et de la mort.

La patiente H a été trois fois veuve, et a vécu très douloureusement le décès de ses parents.

La patiente M rapporte le décès de son grand-père, dont elle garde un souvenir traumatisant lié au funérarium :

« Donc c'est vrai quand on a été au funérarium enfin ça a été quelque chose enfin pour moi, pou ! J'avais jamais été en fait dans un funérarium mais, ça m'a un p'tit peu traumatisé en fait. Parce qu'on m'a poussée en fait un p'tit peu à l'faire et j'en n'ai pas eu une très bonne image. »

Son conjoint est un soutien face à sa peur de la maladie, mais surtout de ce qu'elle dissimule, la mort.

La patiente J a vécu **une interruption médicale de grossesse**:

« j'ai eu une première grossesse qui s'est mal passée, parce que c'était une grossesse sur stérilet, et, on pensait pouvoir la garder, finalement c'était pas viable. Donc, j'étais obligée de faire une interruption à deux mois et demie. »

Ce rapport à la mort, elle l'a côtoyé au plus profond d'elle-même. Aujourd'hui, avec cette nouvelle grossesse, désirée cette fois-ci, cette crainte de la mort reste certainement confondue au milieu de ses multiples craintes de cette grossesse. Vivre à deux cette grossesse, c'est peut-être supporter à deux cette angoisse de mort?

La vie de la patiente K est parsemée de décès de gens très proches. Elle rapporte longuement le décès de sa fille à l'âge de 17 ans, qui reste sa blessure la plus vive, ainsi que le décès de ses parents qu'elle a accompagné chez elle, jusque dans leurs derniers instants.

« Elle a fait un arrêt cardiaque. Ils l'ont refait partir. Elle a fait un deuxième arrêt cardiaque qu'a été, qu'a été fatal [...] Ça a été une...un moment...Ça c'est des choses assez difficiles. [...]Moi j'suis très dépressive, beaucoup, et puis on a eu beaucoup de choses depuis, forcément, parce qu'on se remet pas comme ça. De ça. On ne se remet, jamais ! On s'en remet jamais ! »

Selon elle, les médecins sont responsables de la mort de sa fille, et ont négligé ses parents en fin de vie. Elle s'est construit un mode de fonctionnement où elle seule sait ce qui est bon pour les siens. Elle va jusqu'à retirer ses parents en fin de vie de l'hôpital après s'être disputé avec l'équipe soignante. Son rejet du monde médical lui fait même amener la mort jusqu'à son domicile :

« Donc on a emmené papa à la maison le soir. On a fait rentrer un lit, tout ça, on s'est occupé de tout, tout voir, on s'est occupés de tout. J'croyais là [...] Et pis, on s'est occupé de lui. Jusqu'au bout. Jusqu'au bout. Pour le coup j'me suis occupée, on s'est occupé, et moi j'les ai eus mes parents jusqu'au bout, j'me suis occupée d'eux. »

3.4.2.4 Une grossesse difficile à assumer

La patiente J évoque longuement sa grossesse, qu'elle vit avec angoisse et dont elle ne voit actuellement que les aspects négatifs pour sa vie :

« suis à un mois et demi alors... Nan j'suis hyper angoissée. Y'a plein d 'chose qui se... voilà. Y'a des gros moments d'doutes, ça faisait un moment qu'on essayait. »

Cette patiente semble craindre de devenir mère, elle dont la mère n'a pas su être une maman selon elle. Comment devenir mère à son tour dans ce contexte?

« Ma mère [...] a jamais été élevée par sa mère parce que sa mère a toujours été malade, elle a été élevée par une bonne, et à sa façon d'se comporter avec nous, elle est traumatisée. [...] elle est un peu

bipolaire on va dire. Elle a un rapport enfant-parent qu'est très très particulier. [...] Elle ne sait pas du tout comment se comporter avec nous. »

Mais aussi, comment devenir mère alors que sa mère la voit encore comme une enfant ? :

« Elle arrive pas à avoir son rôle de mère, et son rôle de grand-mère, pour l'instant on est toujours ses tout petits enfants. Hum hum. »

Lors de sa première grossesse, la patiente J et son époux ont eu à prendre une lourde décision : poursuivre ou non la grossesse:

« c'était pas une décision facile à prendre. Déjà c'était pas une décision facile à prendre de s'dire « bon on le garde », alors que, le truc en plus qu'était un truc de dingue, c'est que, j'ai toujours été sous pilule ou sous anneau vaginal»

La patiente souffre notamment car cette première grossesse interrompue n'a pas été reconnue par ses proches :

« Ben eux, enfin d'la façon, ils ont cru qu'j'ai fait une fausse-couche. Donc pour eux, enfin j'ai eu, j'me suis pris dans la figure « ben ça arrive à tout l'monde de faire des fausses-couches ! », mais c'était pas ça. (Pleurs) Désolée ! [...] y'a eu un déni d leur part. Hum, hum hum. »

Par ailleurs, la patiente J fut à la fois jalouse et frustrée de voir sa sœur enceinte et mener à terme sa grossesse, alors qu'elle-même dut l'interrompre :

« en fait quand j'ai été obligée d'avorter, de faire une interruption de grossesse, heu, ben ma sœur était enceinte, et on était à dix jours d'intervalle, enfin, vraiment, et j'ai hyper mal vécu du coup. Et ma sœur a rien partagé, et c'est un... enfin c'est un traumatisme pour moi. Donc j'l'ai très très mal vécu, et elle partage toujours rien. Son p'tit il va avoir trois ans et j'l'ai jamais pris dans mes bras donc, hum. »

Finalement, entre angoisse liée aux changements physiques, la peur de devenir mère, les contraintes sur le plan des loisirs et professionnel, elle ne l'assume pas tout à fait cette grossesse. Il faut la vivre à deux, l'assumer à deux, jusque dans le cabinet du médecin.

3.4.3 Comportement du proche

3.4.3.1 Accompagner pour surveiller l'autre

Pour certains, venir consulter permet d'**entendre la vérité de la bouche du médecin** (patients B et K). Ceci est parfois lié à un vécu de non-dit de la part des médecins.

Plusieurs accompagnants **viennent probablement pour se rassurer** (Patients B, C, F, G, I, J, K, L).

La fille de la patiente B, qui par ailleurs semble ne pas avoir « coupé le cordon » avec sa mère, paraît, d'après les propos de la patiente, inquiète pour sa mère, en arrêt de travail depuis plusieurs mois. C'est d'ailleurs elle qui a demandé à sa mère si elle pouvait l'accompagner, selon les dires de la patiente.

La compagne du patient C trouve **une « excuse » pour accompagner son mari** :

« Oui parce qu'après [...] on va chez les parents. Elle me dit « j'peux y'aller on ira chez ton père, voir ta mère. » C'est pour ça qu'elle vient parce qu'autrement. Si elle veut pas venir elle vient pas »

Cette « excuse » est palpable lorsque que l'on sait que cette épouse infantilise son mari, et qu'elle s'inquiète pour son diabète que lui ne considère pas comme une maladie.

A travers les propos du patient F, qui est passé à quelques pas seulement d'une tétraplégie, on ressent cette peur, cette angoisse du handicap qui les a frôlés, lui et sa compagne.

L'époux de la patiente G, qu'elle définit comme quelqu'un de « très anxieux », suit sa femme très probablement pour se rassurer de sa santé à elle :

« Oui, oh ben c'est un inquiet donc je ne dis rien ! (rires) Sinon c'est dramatique ! (rires) On va pas aggraver les problèmes ! [...] Ah oui, oui oui oui oui. Soucieux pour tout. Soucieux pour tout, pour lui aussi. (rires) Toujours besoin d'être rassuré. C'est un tempérament ça ! [...] Vous êtes assez sereine...Très ! Moi, très. Lui non. Moi, très. J'ai pas peur. »

On constate une dénégaration dans les propos de cette femme. C'est probablement bien de son inquiétude à elle dont il s'agit, même si celle de son époux est authentique. Cette notion

de mari anxieux, inquiet, angoissé, revient régulièrement tout au long de son entretien, comme une litanie, comme si cela était quelque chose qui la dérangeait. **Par ailleurs, notons que nous avons pu constater que le mari de cette patiente ne se fait pas accompagner de son épouse lorsqu'il vient consulter leur médecin traitant.**

La mère de la patiente I, semble elle aussi venir avec sa fille, afin de se rassurer, elle qui a failli perdre sa fille, même si sa fille déclare que celle-ci doit poser des questions aux médecins.

Le mari de la patiente J vient peut-être pour se rassurer par rapport à la santé de sa femme, enceinte et présentant une sciatique. Ce besoin peut s'expliquer en partie par une première grossesse inachevée.

La patiente K et son époux, qui ont vécu de nombreux décès, se sont soutenus toute leur vie. On peut penser que son époux l'accompagne chez le médecin, pour lui aussi se rassurer sur la santé de sa femme, lui qui a toutes les raisons de craindre la mort, et les médecins.

L'ami de la patiente L, est défini par la patiente comme quelqu'un qui est « contre » les médecins. Peut-être lui aussi vient-il pour se rassurer de la non dangerosité du médecin.

3.4.3.2 Dissimulation de la vérité par rapport à la santé d'un proche

La fille de la patiente B a certainement peur de perdre sa mère, qui a présenté quelques années plus tôt un adénofibrome au sein. On peut imaginer que ce problème au sein ait engendré la crainte d'une nouvelle perte, elle qui avait auparavant perdu son grand-père. La patiente B a longtemps caché l'existence du cancer mortel de son père à sa fille, qu'elle considérait comme son père :..

« Alors pour mon papa le problème, c'est que ma fille évidemment a considéré son grand-père comme son papa. Donc jusqu'à ce que son grand-père soit soigné, elle ne savait pas l'existence de ce cancer, euh, de la jambe. Il avait mal à la jambe, point-barre »

La patiente K pense que le médecin ne leur a pas dit la vérité, à elle et son mari, sur la santé de sa mère. Cette mère était considérée par son mari comme sa propre mère:

« Là, dernièrement maman, je suis en colère aussi. Le médecin j'avais rendez-vous avec lui le lendemain, elle est décédée, il savait très bien qu'elle allait décéder. »

3.4.3.3 La crainte des accompagnants, déterminant de leur présence

On s'aperçoit dans plusieurs entretiens que les accompagnants eux-mêmes redoutent la maladie, et les médecins. C'est le cas des proches des patients C, D, F, J et L. Patiente J :

« Et [PrénomEpouxJ] a une hantise des médecins. Il va jamais chez l'médecin ! »

3.4.3.4 Un antécédent d'interruption médicale de grossesse

La patiente J relate cet antécédent quelques années plus tôt, d'interruption médicale de grossesse, vécue douloureusement par le couple :

« Bah pis l'expérience d'y'a maintenant presque trois ans, il l'a autant mal vécue que moi, donc, il a pas envie que ça se renouvelle. »

Elle explique qu'elle a découvert une incompatibilité rhésus dans leur couple qui leur a fait quelques frayeurs, et qu'ils ont tous deux ressentis le besoin d'être rassurés par leur médecin à ce sujet :

« parce que docteur [DrTraitantJ] la fois d'avant avait demandé à [PrénomEpouxJ] de faire une prise de sang, pis comme on a un problème de compatibilité c'était aussi pour, pour qu'on s'rassure, et voir un p'tit peu les démarches à suivre. »

Elle poursuit en expliquant que **son mari craint pour sa santé à elle, par rapport à ses activités physiques pendant sa grossesse. Elle pense alors que celui-ci cherche à la « surveiller ».**

« Pis j'pense aussi il a envie d'venir avec moi chez l'gynéco chez l'médecin pour s'rassurer parce que moi dans ma tête, dès que mon dos et mes nausées vont bien, j'ai l'intention d'monter à cheval et de pouvoir monter à cheval autant que j'peux, enfin jusqu'à ce que mon corps me dise « c'est plus possible ». Et lui, hyper inquiet par rapport à ça, donc j'pense qu'il a aussi envie de, il veut m'surveiller un peu. Et écouter aussi c'que l'médecin dit ! »

Enfin, elle continue en expliquant que **son mari redoute le monde médical pour lui-même...** dès lors, certainement le craint-il également pour celle qu'il aime :

« et puis une piqûre, il a dû aller faire sa prise de sang il est parti, il allait à la mort quoi ! C'est « j'pars au front, j'vais mourir ! », c'est un truc de dingue ! (rires). [...] Pis il est, c'est vrai qu'il est pas souvent malade. Mais comme beaucoup d'mecs, le jour où il est malade, il est en train d'mourir au fond d'son lit ! (rires) Mais non le médecin il veut rien entendre. »

3.4.3.5 Une fille ayant subi un grave accident

La mère de la patiente I est certainement très inquiète pour sa fille, qui depuis son accident 4 ans plus tôt, subit d'interventions en interventions, mais surtout, fille qu'elle a failli perdre lors de ce grave accident. Pour la patiente I, sa mère vient pour poser des questions au médecin, mais à n'en pas douter, sa mère cherche aussi à se rassurer en accompagnant sa fille, et ce, bien que sa fille ne soit plus une enfant.

3.4.4 La maladie comme réalité collective

3.4.4.1 Concerne largement l'entourage du malade

La patiente A aurait aimé pouvoir soutenir son père lors de son cancer. Elle n'a pu le faire car celui-ci a préféré mettre de la distance avec sa famille. La patiente a souffert de cette mise à distance :

«Après il nous a tenus à distance tout le temps de sa maladie tout ce qui était chimiothérapie etc. On le voyait rarement il mettait vraiment beaucoup de distance, je pense pour nous protéger mais ça a pas forcément fait du bien. [...] Il a été maladroit parce que en voulant nous protéger il s'est montré agressif, c'est sa façon d'être [...] »

A travers ces propos, on comprend que dans sa vision des choses, la maladie d'un proche concerne toute la famille. Etre exclu d'un accompagnement, c'est aussi être exclu de l'intimité de ses proches, c'est une violence faite aux liens affectifs familiaux.

Pour la patiente B, **la maladie vous atteint vous tout autant que celui qui la porte**. A chaque évocation de son père malade, elle enchaîne et parle de sa souffrance à elle et de ses difficultés à vivre la maladie de l'autre :

« Et lors du premier cancer de sa jambe, quand j'avais été voir l'médecin pour mes..., j'crois qu'c'était céphalées, il m'avait posé la question, il m'avait posé des questions : « broyez-vous du noir ? » ben écoutez, j'lui avais dit « j'me sens très fatiguée j'ai pas la patate ».

La patiente J vit douloureusement l'incompréhension et le manque de soutien de ses proches lors de son interruption médicale de grossesse. **Elle aurait aimé être entourée et soutenue lors de cette épreuve.** Cette idée de soutien familial face à la maladie se retrouve aussi lorsqu'elle évoque les non-dits de sa mère lorsque son père a été hospitalisé pour infarctus :

« *maman essayait d'nous protéger, donc on n'a pas su tout sur le moment. [...] on n'est pas allé voir mon père à l'hôpital, donc on n'a pas toutes ces images-là non. Ma mère voulait pas donc heu. Voilà, moi j'l'ai revu arriver dans son fauteuil roulant à la maison, et devoir s'organiser parce que la cuisine était à l'étage, le salon était à l'étage, donc c'était la [m***], mais voilà. Elle voulait vous épargner. Hum. Ce que j'pense être un peu une [c***] parce que quand on a 12-13 ans on est en âge de comprendre. »*

Ces deux moments **montrent son désir de partager l'expérience liée à la maladie.** On peut émettre l'hypothèse que venir avec son époux, c'est assumer en couple sa grossesse.

Les patients D et H ressentent une forte culpabilité de ne pas avoir pu accompagner comme ils l'auraient aimé leurs parents dans leurs derniers instants.

3.4.4.2 Déstabilisant un système familial et professionnel

Selon les dires de la patiente J, **l'interruption médicale de grossesse a été l'évènement déclencheur de tensions familiales :**

« *Son p'tit il va avoir trois ans et j'l'ai jamais pris dans mes bras donc, hum. Vous me parliez de votre sœur qui ne s'est pas intéressée à vous à ce moment-là ; vous avez quel rapport avec votre sœur. Alors là elle est à nouveau enceinte ! (rires) C'est prévu pour dans un mois, donc heu... elle ne m'parle pas. »*

Pour le patient E, **son accident l'a isolé socialement. Sa situation a engendré des querelles professionnelles et de voisinage :**

« *Et comment vous vivez ça, cet accident et ses conséquences ? Oh ben pas tout l'temps bien, parce que mon associé m'parle pas ! Alors j'crois qu'j'vais me, partir de la ferme maintenant. Ah ben disons qu'ça s'passe, j'le vis un peu mieux maintenant avec le r'cul. Mais bon, j'vais sûrement partir. J'vais le laisser tranquille. [...] En plus de l'accident, c'est le moral qui a pris un coup »*

La patiente I dit avoir perdu ses amis qu'elle avait avant son accident, comme si être handicapé pouvait être « contagieux »:

« Mais c'est des amis que j'ai, que j'ai appris à connaître après mon accident. Parce que ceux qu'avais avant ben, faut croire que le handicap c'est une maladie que ça s'chope ! [...] Donc ils sont tous partis un peu de leur côté, j'ai plus d'nouvelles. »

Cette patiente, paradoxalement, semble avoir vécu son accident de la route **telle une véritable renaissance. Cet événement a été le point de départ de sa relation avec sa mère, relation mère-fille** marqueur d'une vengeance envers son frère, à qui elle porte une profonde jalousie:

« elle l'a plus couvé que moi quand j'suis née. Moi j'suis née j'étais en pleine forme, y'avait pas de problèmes, donc ben, elle le couvait plus. En fait c'est toujours resté jusqu'à l'accident donc là, ça s'est changé. »

Un tournant s'est produit lors de cet événement, pourtant dramatique, dans lequel son petit-ami est décédé, et qui aurait pu lui coûter la vie à elle aussi. **Depuis son accident, depuis qu'elle est en somme « malade », c'est elle qui est couvée par sa mère :**

« Avant que j'naisse il était souvent malade, et heu, après moi j'suis née, donc elle voyait qu'étais en meilleure forme, donc elle s'occupait plus de [PrénomFrèreI] que d'moi. Mais ça s'est inversé le jour d'l'accident. (rire étouffé) »

Sa satisfaction, son plaisir d'un tel retournement, transparait dans ses rires étouffés qu'elle émet de manière plutôt inadaptée à l'évocation des faits. Chose également contradictoire, alors que dans cet accident, c'est son ancien petit-ami qui est décédé, c'est aussi ce même accident qui fut **l'élément déclencheur de sa rencontre avec son actuel ami**, son futur mari. Lorsque nous lui demandons ce qu'elle retient de cet accident, elle évoque d'emblée sa rencontre avec son ami actuel:

« c'est, c'est difficile parce que, quand tu, vu que moi, bon j'ai eu l'accident l'[DateAccident2010], j'ai rencontré monsieur parce qu'il est taxi-ambulancier. Donc on s'est rencontrés dans l'taxi, ça ça s'est fait assez vite. »

Pour cette patiente, et seulement pour elle, on peut émettre l'idée que la maladie a redonné un sens à sa vie. **La relation nouvelle avec sa mère, qui s'est tissée au décours de son**

accident, vient réparer une blessure ancienne : sa relation mère-fille insatisfaisante. Dès lors, venir avec sa mère chez le médecin est primordial pour cette patiente.

3.4.4.3 La maladie comme facteur de socialisation

La patiente I explique que tout **son cercle amical actuel s'est construit depuis l'accident**. Ayant perdu contact avec ses amis « d'avant », **elle compare son handicap à une maladie contagieuse**, et exprime sa difficulté à assumer le regard des autres sur elle :

« c'est des amis que j'ai, que j'ai appris à connaître après mon accident. [...] Pis, j pense que l'fait d'être passée au centre de rééducation, ça a beaucoup aidé. »

3.4.5 Conclusion

Tous les patients de notre étude ont une expérience, de près ou de loin, traumatisante avec la maladie : vécu personnel d'une maladie grave ou d'un accident ayant laissé des séquelles, maladie chronique ou maladie d'un proche. Même une grossesse, événement à priori heureux, peut être associée à la mort.

Il semble que le tiers soit là comme un soutien, une protection face à cette maladie. On peut émettre l'idée que, derrière cette peur de la maladie, c'est finalement parfois une peur de la mort que redoutent les patients. Si tel est le cas, la protection jouée par le proche face à la peur de la maladie, s'étendrait aussi comme rempart de la peur de la mort.

Parmi tous les patients, **une exception** fait surface : pour une patiente, la maladie apparaît dans son discours comme **une véritable renaissance**. En effet, cette relation privilégiée avec sa mère, qui s'est tissée suite à un grave accident, viendrait réparer une blessure ancienne : sa relation passée mère-fille insatisfaisante. **Venir avec sa mère, serait une manière d'exposer sa fierté face à cette relation nouvelle.**

D'autre part, pour de nombreux patients, **la maladie serait une réalité collective**, qui concernerait largement l'entourage, qui serait dévastatrice de tout un système familial, allant jusqu'à perturber la sphère professionnelle. **Pour certains d'entre eux, l'expérience liée à la maladie d'un proche serait à partager. Venir avec un proche, permettrait alors d'affronter ensemble la maladie.** Paradoxalement, pour une seule patiente, la maladie,

inquiétante et dangereuse, ne doit concerner que celui qui la porte. Dans ce contexte, la notion de **vérité** concernant la santé est une notion chère à la majorité des patients. Ils veulent connaître la vérité de la bouche des médecins, quitte à apprendre le pire.

Enfin, au travers les entretiens des patients, **il semble que pour plusieurs accompagnants, venir avec le patient, c'est se rassurer soi-même.** Etre dans le cabinet médical, leur permettrait d'entendre les propos du médecin, tout entendre. Mais pour d'autres, leur présence pourrait-être une manière de **s'assurer que les médecins qu'ils redoutent, ne fassent pas de mal à celui à qui ils sont attachés.**

3.5 L’AFFIRMATION D’UNE RELATION PATIENT-TIERS PRIVILEGIEE EN REPARATION A D’ANCIENNES RELATIONS BLESSEES

A l’analyse de plusieurs entretiens, on s’aperçoit que venir avec un proche est hautement symbolique. Nous allons énumérer ci-dessous les raisons pouvant expliquer l’importance de cette relation aux yeux des patients.

3.5.1 Des relations passées douloureuses

3.5.1.1 Un père « agressif »

C’est ce qu’exprime la patiente A comme nous l’avons déjà développé plus haut. Elle décrit son père comme étant agressif durant son cancer...tout comme il l’aurait toujours été. Avec son époux avec qui elle forme un couple fusionnel, elle semble trouver la douceur et l’affection dont elle a manqué enfant, et encore aujourd’hui.

3.5.1.2 Un manque d’amour parental

La patiente I entretient avec sa mère une relation mère-fille qui vient faire front au père présenté comme étant alcoolique et au frère décrit comme paresseux, à qui elle en veut de ne pas la soutenir dans sa maladie. Elle exprime des propos virulents envers son père, qui dissimulent une souffrance du manque d’attention de celui-ci envers elle. Elle est **fière d’avoir retrouvé avec son accident, l’amour de sa mère** et cette relation mère-fille à part entière. **Elle le vit comme une véritable revanche sur son frère, et comme une relation de coalition face à son père qui ne s’intéresse pas à elle.** Ce père, elle l’appelle par son prénom, et évite d’employer les termes père ou papa, et même parents comme si le couple parental n’existait plus, qu’elle souhaite son annihilation, au profit du couple mère-fille. C’est ce qu’indique cette phrase qu’elle corrige :

« Ou en discute là avec mes pa, avec ma mère et puis mon ami. »

. De plus pour cette patiente, soulignons **le paradoxe que constitue ce grave accident. A la fois responsable d’handicaps multiples, il est aussi à l’origine de sa renaissance :**

- Une relation mère-fille qui naît réellement de cet évènement, et qui symbolise pour elle une véritable vengeance envers son frère, duquel elle est

très jalouse. En effet lui petit était souvent malade et accaparait l'attention de sa mère.

- Un conjoint rencontré « grâce » à cet accident.
- Une famille nouvelle construite suite à cet évènement : la triade patiente-conjoint-mère, qui vient exclure le père et le frère.

De la même manière, la patiente J semble avoir souffert du manque d'affection de la part de sa mère, qui n'aurait pas su être une « maman ».

3.5.1.3 Des proches décédés

La patiente H vient en consultation avec son conjoint, avec qui elle forme un couple depuis peu, ce qui symbolise un rapprochement, une nouvelle étape pour le couple, une intimité nouvelle. En effet, cette relation elle y tient, elle qui a déjà vu mourir ses trois époux ou ex époux.

La patiente K, fusionnelle avec son époux, vit depuis des années avec en tête le décès de leur fille alors âgée de 17 ans, leur plus grande souffrance.

3.5.1.4 Un mari volage et alcoolique

La patiente B entretient une relation fusionnelle avec sa fille de 21 ans, qu'elle a élevée seule puisque son mari les a abandonnées. Ce lien fort avec sa fille est comme une vengeance envers ce mari volage et alcoolique. Ce couple mère-fille s'oppose, se ligue même contre le père absent. Ensemble elles forment un véritable couple.

3.5.1.5 Un vécu abandonnique

Pour le patient E, venir avec sa compagne, c'est certes affirmer une relation patient-tiers en lien à des relations blessées, mais c'est surtout affirmer cette relation qui vient le combler après **des abandons récurrents dans sa vie, et un véritable vécu d'échec. Cette compagne semble représenter à ses yeux une véritable renaissance :**

- Retiré à sa mère :

« On m’a embarqué, on m’a foutu dans une bagnole, ben les tractions dans c’temps-là. Direction [VilleCHUE], l’assistance publique, donc avec des valises pis j’m suis retrouvé dans des familles d’accueil. Y’en a qu’étaient mignons, d’autres qu’étaient moins bons. »

- Echec de son premier couple :

« Et pis elle rabaisse pas comme ma femme euh...comme mon ex-femme me rabaissait, que j’étais un bon à rien et que... Ca par contre ça vous, ça ça vous meurtrit ça vous...ça vous détruit. »

Attitude qu’il oppose à celle de son actuelle compagne, qui joue à ses côtés un rôle maternel protecteur.

- Echec scolaire, il relate sa frustration de ne pas avoir eu le certificat d’études, qui lui aurait permis l’accès à d’autres professions :

« Parce que quand t’as pas l’certificat d’études, ben t’as tout qu’est trop faible. Parce que moi, quand j’aurais eu mon certificat d’études, j’aurais pu être éboueur. C’est ça qu’j’avais fait. Mais comme j’avais pas l’certificat d’études, ben, t’as les portes qui s’referment. »

Il décrit également son ignorance du fonctionnement d’internet et l’aide bienfaitrice de sa compagne :

« Ah ben internet vous savez ! Elle m’dit « tapez votre code », pp ?, « c’est quoi votre code » j’ai dit moi internet j’connais rien du tout ! Heureusement qu’elle était là aussi ! »

- Echec dans l’éducation de ses enfants, ce patient a un enfant hospitalisé en psychiatrie, une fille anorexique, d’autres filles ayant eu affaire à la justice dans leur jeunesse
- Chômage :

« J’ai travaillé toute ma vie, j’ai jamais connu l’chômage ! J’ai toujours dit « ça m’arrivera jamais ! ». Et pan ! En 2010 vous avez...Moi j’voyais les gens pousser les portes, j’ai dit « putain, les pauvres, ils rentrent là-dedans ! ». Ça m’est arrivé à moi aussi. pp ! C’est comme quand tu pousses les portes de l’hôpital « merde, qu’est-ce que je fais là ! ». C’est pareil. »

- Endettement :

« Et, l’alcool, les enfants, la maison qu’on était en train de construire et tout ça, c’était trop dur pour moi, c’était ingérable. On s’est endetté. »

- Dépressions-hospitalisations, ce patient a présenté de graves dépressions ayant nécessité plusieurs hospitalisations.
- Alcoolisme :

« j'ai rechuté parce que ben j'buvais à cette époque, j'étais beaucoup alcoolique »

Ainsi, après une vie passée parsemée tout du long d'échecs multiples, la rencontre avec sa conjointe actuelle vient enfin souligner sa première réussite. Avec son ancienne compagne, il consultait seul chez le médecin. Cette réussite, cette fierté, il faut l'exposer, jusque dans le cabinet du médecin. Lorsque l'on sait que pour ce patient, les médecins ont autrefois été des sortes de persécuteurs, affirmer son bonheur est fortement symbolique.

3.5.2 Etre accompagné pour être l'objet de l'attention de l'autre

La patiente M explique qu'elle aurait pu venir seule, mais qu'ayant mal à la jambe, elle a préféré se faire accompagner.

Pour la patiente I, sa mère a toujours porté attention à son frère plus faible. Aujourd'hui, en consultant accompagnée de sa mère, elle peut enfin être l'objet de cette attention dont elle a manqué petite.

Pour la patiente L, ce besoin d'attention remonte à son enfance. Elle qui a été fille unique longtemps, a ressenti une profonde jalousie lors de la naissance de son petit frère. Elle raconte alors qu'elle utilisait la plainte pour susciter l'intérêt de sa mère :

« j'ai été fille unique pendant longtemps. Et donc du coup, j'avais qu'ma maman elle s'occupe toujours de moi, donc j'avais tendance à exagérer c'que j'avais, pour qu'elle s'occupe de moi, donc j pense que ça vient de là quoi. C'est pas forcément que j'ai vraiment mal, j'sais pas j'ai l'impression qu'il faut qu'on s'occupe de moi. Donc j pense que c'est ça qui fait que ça accentue le fait que j'ai mal quoi. »

Etant majeure et vivant en couple, elle choisit désormais de se faire accompagner de son ami a qui est assigné le rôle de témoin bienveillant de ses douleurs, que sa mère n'a pas été.

3.5.3 Conclusion

Certains patients de notre étude semblent ressentir le besoin d'affirmer un lien patient-tiers à part entière, et ce jusque dans le cabinet du médecin généraliste. **Nous pouvons penser que venir avec son proche est vécu comme une fierté.**

Cette relation viendrait faire front à une autre relation antérieure, souvent insatisfaisante, qu'il faudrait oublier, remplacer. Cette nouvelle relation semble prendre une fonction symbolique de réparation, de cicatrisation en lien avec des relations passées vécues de façon malheureuse ou traumatique.

Nous pouvons soulever l'hypothèse que cette relation nouvelle, il faut l'exposer devant le médecin et mettre le tiers en situation de témoin de l'intimité médicale. Ceci pourrait s'interpréter comme validation de la qualité de cette nouvelle relation avec valeur de rite de passage.

3.6 UN TIERS, PATIENT PAR PROCURATION

La patiente J explique clairement que **son mari est frustré de ne pas porter leur enfant, de ne pas être « enceint »**. Elle explique qu'il ne veut rien louper de cette grossesse, et serait même prêt à ressentir les symptômes de la grossesse, que la patiente elle trouve désagréables:

« il veut être vachement présent, il veut, il est à fond. Donc il veut tout suivre. Comment vous expliquez ça. C'est dans sa nature, il veut s'impliquer dans tout. J pense que si j lui disais « c'est toi qu'a les nausées », il dirait « d'accord ». Il est vachement frustré je crois, que ce soit pas lui. »

Cet époux a envie de s'impliquer un maximum dans la grossesse de sa femme :

« Il a vachement envie de s'impliquer, et d'comprendre. Il en devient même agaçant, et ça m'énerve ! Parce qu'il est sur les forums de grossesse, à m'dire, « ouais, alors les seins, si t'as mal, faut que tu mettes ci, faut que tu mettes ça. » J'ai envie d lui dire « mêle toi de tes fesses ! » Mais voilà, il est hyper impliqué, il s'investit vachement. Sur tous les suivis de grossesses, on est allés deux fois chez le gynéco, et nan il veut être là, il veut pas, y'a pas moyen, il pose sa journée, il ne veut pas pas être là. »

La présence de celui-ci va jusqu'à **mettre sa femme mal-à-l'aise lors de l'échographie vaginale. Pour lui, il est important de devenir père pour assurer la transmission parents-fils, pour assurer le lien familial :**

« C'est marrant, vous me disiez, il est « frustré » que ce ne soit pas lui. Oui. Ouais, ouais ouais j'crois. Non, il tient vachement, il tient vachement là-dessus. Pis lui, enfin au niveau d la famille, sa sœur lui parle plus, elle parle plus à ses parents non plus alors qu'elle a une petite fille, et, oui, il attend, il attend que ça pour ses parents aussi. »

Comme si cet enfant à venir, il l'attendait pour satisfaire ses propres parents, ce qui n'est pas sans rappeler le complexe d'Œdipe. Pour ce tiers, il est urgent de devenir père (âge) :

« Pis ben il est plus vieux qu moi donc, il va sur ses 35 ans et heu, et voilà il regrette de pas avoir été papa avant, parce qu'il se dit qu'il va être un vieux papa, enfin... Quand on voit, moi j'ai 30 ans il en a 35, tous nos copains ont déjà des gamins qu'ont 10 ans des fois, enfin. Donc lui, voilà, le vit un peu comme, enfin il se dit « j'ai pas envie d'être un vieux papa, j'ai envie d'faire des choses ». »

Finalement, la volonté de cet homme de vivre la grossesse de son épouse, sa forte implication, en devient presque intrusive pour la patiente.

Venir avec sa femme chez le médecin, c'est peut-être tenter de vivre par procuration cette grossesse, et ressentir ce désir de grossesse, qu'en tant qu'homme il ne pourra jamais vivre.

D'autre part, nous connaissons la difficulté que semble avoir cette patiente à vivre sa grossesse, mais aussi à se projeter mère, elle qui semble avoir souffert du manque de maternité de sa propre mère. **Nous pouvons nous demander si son mari ne cherche pas également à combler ces failles, en supportant lui-même cette grossesse, en ayant une attitude maternelle.**

Pour la patiente, venir avec son époux lui est peut être ici **en partie imposé.**

Par conséquent on constate alors une limite de la présence du proche, qui peut être envahissant pour le patient. Pourtant, malgré ces désagréments, la patiente continue à l'accepter en consultation, comme si sa présence, bien que parfois gênante, lui était indispensable pour d'autres raisons.

3.7 LIMITES DE LA PRESENCE DU TIERS

Bien que la présence du proche soit rassurante pour le patient, on s'aperçoit au fil des entretiens de l'existence de limites à cette pratique. Rassurant, il semble l'être, mais pas totalement. D'autre part, sa présence ne se fait pas sous n'importe quelle condition.

3.7.1 Tiers apaisant, mais insuffisamment

Cette insuffisance de la présence du tiers existe pour quasiment tous les autres patients (A, D, E, F, H, I, J, K, M). Comme nous l'avons vu précédemment, bien que présent lors de la consultation, l'ami de la patiente L ne remplit pas ce que la patiente attend de lui, c'est-à-dire une fonction maternelle. Il ne remplit donc pas auprès d'elle sa fonction de réassurance.

La patiente G semble frustrée de la personnalité de son mari, qui n'est pas un mari fort et solide comme l'était son père. Elle raconte sa rencontre avec son mari et explique qu'elle l'a « ramassé » tel un petit objet fragile :

« j'ai téléphoné au responsable de ce congrès pis j'lui ai dit « est ce que je peux emmener quelqu'un ? ». Il m'a dit « oui oui t'auras quelqu'un sur la porte de [NomSortieAutoroute1G], » [...] tu regardes on leur dira de prendre des panneaux » et caetera. J'ai ramassé mon mari comme ça ! (rires) voilà ! »

Plus loin, elle évoque avec fierté son père auquel elle s'identifie, et à qui elle voue une profonde admiration :

« Ah oui. Papa était très dur à la douleur, papa était très très dur. »

Ainsi, ce père « avec tout c'qu'il a vu », qui a eu une vie « quand même très dure », lui, qui était « costaud », et même « très dur à la douleur », contraste fortement avec l'image qu'elle dépeint de son mari. Ce dernier, homme « anxieux », « peureux », « soucieux », « inquiet », « angoissé », qui a des « baisses de moral » aussi, semble peu correspondre à l'image qu'elle dépeint de son père. **Bien que très présent, son mari ne comble pas l'absence de ce père idéalisé. Présent lors des consultations, il paraît insuffisamment protecteur.** On pourrait aussi faire l'hypothèse qu'elle ait choisi son époux parce qu'il est faible : c'est-à-dire que c'est cette défaillance qui lui permet de continuer à rendre présent son père.

3.7.2 Etre accompagné, mais sous conditions

La patiente J rapporte avoir été fort gênée par la présence de son mari lors de son échographie de premier trimestre de grossesse :

« Alors franchement, l'écho vaginale devant lui, comment dire, j'avais envie d'lui dire « tu tournes les yeux, tu regardes pas » (rires) Bon voilà. Il me dit « mais non mais y'avait rien d'choquant ! », bah oui mais moi (rires), j'préfèrerais que tu aies une autre vision d'moi ! Donc bon, après, voilà ! »

Elle souhaite certainement que son mari garde l'image d'un corps désirable. Lors de cette échographie, il semble que le mari ait perdu sa fonction protectrice à ses yeux. Il s'agit **d'une limite de la présence du tiers**, qui peut être une atteinte à son intimité. En effet, si celui-ci lui est nécessaire pour la protéger des médecins, il ne la protège plus lors d'un examen qui met en scène un corps objectivé par la technique.

Le discours de la patiente L met aussi en évidence cette limite du tiers. Tiers protecteurs contre les médecins dans certaines circonstances, il peut aussi se révéler « gênant », voire source d'angoisse :

« si il avait fallu que je me déshabille ouais, ça m'aurait un peu gênée. [...] Oui voilà, s'il faut se déshabiller, j'trouve que c'est un peu plus délicat. Déjà c'est difficile de se déshabiller devant quelqu'un qu'on connaît pas, et en plus c'est vrai qu'si y'a une autre personne, j'pense que c'est encore un peu plus délicat »

Ses propos montrent alors que cette pudeur peut être liée au médecin, mais également au tiers. Elle aimerait bien consulter encore avec sa mère. Néanmoins pour une consultation de gynécologie, la présence de cette dernière dont elle est pourtant très proche, la gênerait.

La patiente H évoque sa crainte de devoir se déshabiller devant son conjoint chez le médecin. Pour cette consultation, elle y allait pour un renouvellement et se doutait qu'elle n'aurait pas le besoin de mettre à nu son corps. Elle dit d'ailleurs qu'elle consulte seule chez le gynécologue, là où elle sait d'avance qu'elle devra se déshabiller, et dévoiler son intimité :

« s'il fallait qu'j'me déshabille du bas, bon là, c'est, voilà! Hein. Je pense que ça, si ça me gênerait ça. [...] Mais ce serait un truc gynécologique, c'est sûr que, si ça m'gênerait. [DrGynécoH] qu'il s'appelle le gynécologue ! Ça m'revient ! Ben là c'est pareil, j'vais toujours toute seule. »

Elle poursuit en expliquant que cette pudeur concerne à la fois la présence du tiers, mais aussi son médecin :

« bon ben c'est vrai, on savait que [DrExTraitantH] allait arrêter, et monsieur [DrTraitantH] a repris, j'ai dit « oh comment ça va être quand y'aura quelque chose de plus, intime ? », voilà quoi. »

3.7.3 Conclusion

Présence apaisante recherchée, le proche pourrait cependant être de trop, ou ne pas remplir les fonctions que le patient attend de lui.

En effet, il aurait pour fonction de rassurer le patient vis-à-vis des médecins et de la maladie. **Pourtant nous nous apercevons que malgré sa présence, le patient reste inquiet et insatisfait.** Il continue à craindre le médecin, et la maladie reste redoutable. **Le proche serait donc insuffisamment protecteur.** De plus, par sa simple présence, il semble rappeler au patient ses propres craintes, ses propres angoisses.

D'autre part, cette notion d'intimité situerait le proche dans le champ du symbolique. **Celui-ci n'aurait plus sa place dès lors qu'il y a un geste technique sur le corps dénudé, sur le corps intime.** Pour les femmes concernées par cette hypothèse (aucun homme de notre étude n'exprime cela), dévoiler son intimité au médecin fait parfois apparaître une limite du tiers : **celui-ci peut occasionner une gêne pour la patiente lorsqu'il s'agit de se mettre à nu, au sens propre du terme, devant le médecin.** L'aspect technique de cette intimité révélée perturberait et gênerait la patiente vis-à-vis du proche.

Nous pouvons alors émettre l'hypothèse que le corps au sein du couple (lorsqu'il s'agit d'une dyade mari-femme), doit rester objet de désir et de plaisir. Dès lors, le corps que ces patientes dévoilent à leur médecin semble être différent du corps dévoilé au sein du couple.

IV. DISCUSSION

1. Discussion de la Méthode

Comme l'expriment L. COTE ET J. TURGEON, « *La recherche qualitative se caractérise aussi par le rôle qu'elle attribue au chercheur, c'est - à - dire le type de proximité qu'il entretient avec le milieu et les participants à l'étude. La théorie qualitative remet en question la notion d'objectivité parce qu'elle soutient le fait que tout chercheur a ses propres intentions qui l'amènent à faire telle recherche plutôt que telle autre. Ainsi, aucune situation de recherche n'est totalement « neutre » et elle est toujours interprétée par le chercheur à partir de sa perception des résultats, chiffrés ou non* » (26).

Notons aussi qu'à la différence du chercheur quantitatif qui souvent travaille éloigné des participants afin de ne pas influencer ou biaiser les résultats, le chercheur en étude qualitative travaille « avec » les participants (26). Dans un article qualitatif, on doit pouvoir se représenter le lien existant entre le chercheur et le milieu de l'étude, étant donné que ces deux « protagonistes » nécessairement s'influencent (26). Dans le cadre de l'enquête par entretien, l'enquêteur lui-même peut être un inducteur de biais, c'est-à-dire, tout fait qui peut changer la qualité de la représentativité de l'étude. Ainsi, les caractéristiques de l'intervieweur (âge, sexe, origine ethnique, profession...), viennent se confronter aux caractéristiques de l'interviewé. C'est cette théorie que G. DEVEREUX expose à son lecteur en 1967, dans son ouvrage « De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement » (30). Selon l'auteur, psychanalyste et ethnologue, il est nécessaire d'envisager la subjectivité inhérente au chercheur comme la base, le fondement de toute science du comportement, et ne plus la considérer comme un simple obstacle au progrès de la connaissance.

Pour notre travail, treize entretiens ont été réalisés en quatre mois. Notre objectif était de mettre en lumière des idées des phénomènes, de dégager des hypothèses explicatives qui ne peuvent se soustraire à l'expérience médicale de l'auteur. Ceci est un fait inhérent à ce type d'étude (25).

1.1 RECRUTEMENT

Le but était de réunir une population de patients la plus diversifiée possible, en terme de sexe, d'âge, de niveau d'étude, de catégorie socioprofessionnelle (24). Le fait d'avoir recruté les patients dans trois cabinets de médecins généralistes situés en milieu rural et semi-urbain peut constituer une limite. Nous n'avons rencontré aucune difficulté pour recruter notre échantillon de patients, ni réticences de leur part. D'une part nous avons rencontré un large panel de patients pouvant être inclus dans notre étude, et d'autre part, tous les patients à qui fut proposée la participation à notre travail, ont accepté. Notons par ailleurs que selon A. BLANCHET et A. GOTMAN , « *l'analyse des motifs d'acceptation des entretiens et des bénéfices qu'en retirent les enquêtés montrent que ceux-ci sont d'autant plus grands que le sujet traité est à la fois traumatique et peu abordé dans l'entourage immédiat de l'interviewé.* » (24).

La proposition initiale faite à la fin de la consultation permettait au patient d'avoir un délai de réflexion avant sa participation effective. La clarté des informations délivrées est nécessaire à la confiance, et donc à l'acceptation des entretiens (24,27).

1.2 INFORMATIONS DELIVREES PAR LES PATIENTS

La méthode de l'entretien semi directif incite le patient à se livrer autour de ses événements de vie, de son mode de vie (24). Celui-ci peut être amené à évoquer des événements lointains, parfois à forte charge émotionnelle. Ainsi, le chercheur se trouve confronté au risque de biais d'information, le patient pouvant avoir oublié certains faits, en occulter certains, ou même en transformer d'autres. Aussi, la présence du tiers lors de certains entretiens, bien que la consigne donnée au patient fût celle d'une rencontre en tête à tête, a pu générer des informations transformées volontairement par le patient.

Certains sujets ont pu être vécus par les patients comme délicats à aborder, selon les histoires individuelles des uns ou des autres. Le fait d'aborder avec le patient des thèmes touchant au corps humain, donc à la pudeur, à la santé, aux affects, à la relation de couple, à la relation médecin-malade, a pu être ressenti comme gênant par le patient, et ainsi être

modifié volontairement par celui-ci afin d'être plus avouable à ses yeux. Une attitude d'écoute empathique fut adoptée par l'interviewer (24,27). Malgré cela, les ressentis des patients lors de ces entretiens, qui souvent furent pour eux des moments chargés émotionnellement, ne peuvent être totalement maîtrisables.

Les biais de sélection des informations sont inhérents à ce type d'étude (24). Les patients peuvent parfois avoir déformé la réalité (28), ou choisi de raconter les situations les plus valorisantes (27,28), mais la coloration subjective qui est donnée au récit est elle-même porteuse d'informations. L'évocation de situations ou d'évènements dévalorisants peut les avoir mis mal à l'aise (24). Afin de minimiser ce biais, nous rappelions aux patients en début d'entretien que nous n'étions pas là pour émettre un jugement, et qu'ils parlaient sous garantie d'anonymat.

1.3 LA METHODE DE RECUEIL DES DONNEES

Les entretiens pré-tests ont permis d'affiner la technique d'entretien, et d'ajuster le guide d'entretien (24,27).

L'intégralité des entretiens fut enregistrée en double exemplaire. Cela permet de conserver les propos de l'interviewé intégralement (28). Cela permettait également à l'enquêtrice d'avoir une attitude d'écoute active lors des entretiens.

A l'issue de chaque entretien, les données des patients ainsi que le contexte de l'entretien furent consignés dans un journal, afin de pouvoir s'y référer ultérieurement (28).

1.4 PRESENTATION DE L'ENQUETEUR

Comme dans toute relation humaine, les caractéristiques des protagonistes influent sur la relation. L'apparence de l'enquêteur, le ton de sa voix, son attitude, ses réactions aux réponses de l'interviewé, mais aussi ses commentaires effectués hors du contexte de l'entretien, peuvent influencer le discours de l'interviewé, et ce même si l'intention était d'être le plus neutre possible. Le fait de se présenter en tant qu'interne de médecine

générale, réalisant une thèse sur les médecins généralistes et leurs patients, pouvait risquer d'influencer les propos des patients. Comme nous le verrons plus loin, ces derniers se sont laissé aller à la livraison de leurs sentiments, états-d'âmes, positifs comme négatifs, y compris envers les médecins. C'est certainement parce que nous leur avons dit être interne de médecine générale, et ce qu'ils ont observé et ressenti, qu'ils nous ont livré ces propos.

1.5 POINTS FAIBLES ET DIFFICULTES RENCONTREES

1.5.1 Entretiens semi-directifs

La réalisation d'entretiens semi-directifs était pour nous une première expérience, vécue initialement avec un peu d'appréhension (doute sur la réussite). Finalement, et ce dès le premier entretien, la satisfaction a remplacé la crainte laissant place à un moment d'écoute et de recueil des expériences de vie des patients, qui se livraient bien plus que ce que nous avions imaginé.

Ce type d'entretien nécessite une certaine souplesse de l'interviewer, sans toutefois se perdre dans les propos du patient et dériver vers une conversation informelle. Sans rencontrer de réelle difficulté, nous avons parfois dû recentrer le débat autour du sujet.

Aussi, sans doute une observation préalable de la réalisation de tels entretiens aurait pu nous être utile.

1.5.2 Présence du tiers

Lors de plusieurs entretiens, et malgré nos consignes réitérées, le proche du patient était présent avec le patient lors de l'entretien. Pourtant, le jour du recrutement, ainsi que lors de de prise de rendez-vous par téléphone, nous avons rappelé au patient qu'il s'agissait d'un entretien en tête à tête, et que nous cherchions à recueillir le discours du patient lui-même. Malgré cela, lors de plusieurs entretiens nous avons dû nous rendre à l'évidence que le proche était présent, et que parfois même, il s'introduisait dans l'entretien. D'un point de vue éthique, il nous était difficile une fois arrivé chez le patient, de demander à ce tiers de

partir. Cela aurait pu être vécu comme une violence. Le choix d'entretiens réalisés au cabinet médical aurait peut-être pu limiter ce biais.

D'autre part, l'enquêtrice étant elle-même médecin, la présence de ce proche lors de l'entretien n'est finalement peut-être pas une surprise, lorsque l'on considère les résultats de notre analyse.

1.5.3 Langage non verbal

Le langage non verbal des patients n'a pas toujours été noté au cours des entretiens, et ce, principalement par méconnaissance de l'utilité de paramètres lors de la réalisation des entretiens, ainsi que par la complexité de l'exercice. En effet, aspiré par le flot de paroles des patients, par leurs histoires de vie, nous n'avons pas toujours su nous en extraire.

1.5.4 Evaluation du guide d'entretien

Après relecture des entretiens, il s'avère que des pistes intéressantes ont été amenées au fil des entretiens par les patients. Emportée par le flux de paroles, et par ce qui se jouait lors de ces mêmes entretiens, nous n'avons pas rebondi. Par exemple, explorer plus précisément le rapport des patients avec leurs parents dans l'enfance, la profession des parents, aurait pu nous apporter des informations utiles à la compréhension des modes de fonctionnement des patients.

1.5.5 Sujet peu étudié dans la littérature

Très peu de données existent actuellement dans la littérature concernant notre sujet d'étude. Ceci nous a donc mis en difficulté pour discuter des résultats.

1.6 POINTS FORTS

1.6.1 Recrutement des patients

Nous avons été agréablement surpris de la facilité avec laquelle les patients ont accepté de participer à notre étude. Preuve que ces derniers ont pu y trouver un certain

plaisir même, certains nous ont suggéré d'interviewer également leurs proches, chose que bien sûr nous n'avons pas faite pour des raisons méthodologiques.

1.6.2 Relation de confiance

Les données extraites des entretiens révèlent une certaine qualité relationnelle instaurée entre l'interviewer et les patients, une mise en confiance et une écoute empathique et bienveillante. En effet, les patients ont su se livrer, allant jusqu'à critiquer ouvertement et largement les médecins. Aussi, on peut se demander si les propos positifs tenus envers les médecins ne sont pas des propos convenus.

1.6.3 Discours des patients

Notre crainte initiale de ne pas avoir suffisamment de matériel sur lequel travailler, c'est-à-dire, la crainte que les patients soient peu enclins à partager leur vécu, leurs sentiments, fut rapidement évincée. En effet, nous avons été agréablement surpris de la facilité avec laquelle les patients se sont livrés à nous, que ce soit sur le plan médical, familial. On peut émettre l'hypothèse que du fait de l'âge de l'enquêtrice, les patients aient cherché en quelque sorte à nous mettre en garde pour notre exercice futur, afin de ne pas reproduire certains faits critiqués.

Pour un patient (patient F), la réalisation de l'entretien a été initialement compliquée, dans la mesure où celui-ci était peu à même de parler de lui. Ses réponses laconiques rendaient difficiles notre entretien. Peut-être sa participation à notre travail a-t-elle été influencée par sa compagne ?

2. Discussion des Résultats

2.1 LA POPULATION ETUDIEE

Dans l'étude REMEDE (3), il existait une proportion élevée de patients âgés de 65 ans et plus (47 % de l'échantillon), parmi la population de patients venant avec un tiers, alors que dans notre travail, **l'âge moyen** des participants est 46 ans.

D'après FANTINO, dans l'étude REMEDE, la population de patients accompagnés d'un tiers se caractérise par une **prédominance de femmes** (53%) (3), ce qui est également le cas dans notre étude.

Tous les patients interviewés sont **français**. Une même étude réalisée dans un autre milieu socio-culturel, en milieu urbain par exemple, aurait certainement apporté d'autres résultats, pouvant notamment être liés à la culture ou à la religion des patients.

Dans l'étude REMEDE (3), dans 58 % des cas, **la consultation** était relative à une pathologie déjà diagnostiquée et il s'agissait alors d'un suivi pour neuf patients sur dix. Le contexte était qualifié d'aigu dans 47 % des consultations, pour une pathologie jugée banale dans 54 % des cas quoique invalidantes pour 30 % d'entre elles. Les résultats de notre étude sont un peu différents puisque sept patients sur treize consultaient pour un motif aigu, et six, pour un motif chronique.

Dans l'étude de FANTINO, **les pathologies** les plus courantes parmi les patients venant accompagnés sont les suivantes (3):

- la maladie d'Alzheimer (les troubles cognitifs étaient un critère de non inclusion dans notre étude)
- la dépression ;
- l'épilepsie ;
- la maladie de Parkinson ;
- l'asthme ;

- l'insuffisance cardiaque ;
- le cancer du sein ;
- le diabète de type 2 ;
- l'hypertension artérielle ;
- l'arthrose.

L'asthme, le diabète et l'hypertension artérielle se retrouvent également dans l'étude de H. ISHIKAWA (7). Un patient était hypertendu traité dans notre étude (patient D), et un autre était diabétique de type 2 sous traitement oral (patient C). Une étude menée par A-M. ROSLAND démontre que 48 % des patients non dépendants présentant un diabète ou de l'insuffisance cardiaque venaient accompagné en consultation de médecine générale (15). Les patients présentant de faibles connaissances en matière médicale, une comorbidité, un état dépressif, étaient plus à même de venir avec un proche (15). Dans notre étude, nous ne retrouvons pas de patient présentant ou ayant présenté d'épilepsie, de maladie de Parkinson, d'asthme, d'insuffisance cardiaque, de cancer du sein ni d'arthrose.

Dans l'étude REMEDE (3), **la population des accompagnants** se caractérisait par une prédominance de femmes (67 %). Dans notre étude, la majorité des accompagnants est des hommes (sept sur treize). Dans l'étude REMEDE (3), l'accompagnant était l'époux ou le compagnon dans 57 % des cas, l'enfant dans 17 % des cas, un parent plus éloigné dans 13 % des cas, un proche sans lien familial dans 5 % des cas. Notre enquête montre que la majorité des accompagnants était le conjoint du patient. L'étude de M. ANDRADES, corrobore cette existence d'un accompagnant qui est un proche du patient (86% des accompagnants étaient des proches) (31). La présence d'un tiers étant un proche se retrouve aussi dans l'étude de BROWN : un proche dans 46% des cas, et le conjoint dans 24.3% des cas (32). L'étude de L. SCHILLING retrouve également la présence de la femme ou de la compagne du patient dans 55% des cas, d'un parent autre dans 17% des cas, et d'un ami, dans seulement 7% des situations (1).

2.2 UN BESOIN DE JUSTIFICATION

Dans l'étude de ROSLAND, les patients présentant une limitation fonctionnelle étaient plus à même de venir accompagnés (15). L'étude menée par L. SCHILLING qui traite du rôle et de l'influence d'une tierce personne en consultation médicale, montre que les patients déclarent venir avec un proche afin d'**être aidés pour le transport** (1). De même, M. ANDRADES dans son étude sur le rôle et l'influence de l'accompagnant en consultation, montre que 62% des patients déclarent venir avec un proche car celui-ci était un soutien pour le transport en consultation (31).

Concernant les justifications « occupation pour le tiers » et « aller voir la famille », nous n'avons pas retrouvé de telles notions dans la littérature.

Concernant le besoin ou plus précisément la **nécessité de compagnie** recherchée par certains patients, M. ANDRADES, montre qu'en réponse à un questionnaire sur la raison de la présence de ce proche en consultation, 90% des patients répondent que leur proche était présent pour leur tenir compagnie (31). Cette notion de compagnie apportée par le tiers se retrouve aussi dans l'étude de L. SCHILLING (1).

L'étude de L. SCHILLING (1) met en évidence, tout comme dans notre enquête, le fait que la présence du tiers est parfois pour le patient **une aide à la communication**. Les patients déclarent venir avec un proche en consultation afin que celui-ci les aide à comprendre les propos du médecin, qu'il les aide à retenir les conseils du médecin, qu'il puisse exprimer ses préoccupations au sujet du patient.

Notre enquête révèle que la notion de **médecin de famille** est encore très présente dans les esprits des patients. En effet, plusieurs d'entre eux ont fait mention de ce médecin, qui suit tous les membres de la famille. Dans l'étude de ROSLAND, 42% des patients rapportaient que leur médecin traitant suivait également d'autres membres de leur famille (15). D'ailleurs, dans sa définition de la médecine générale de 2003, la WONCA (12), ne fait pas de différence entre les notions de médecin générale et de médecine de famille : « *La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres*

fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. » La thèse de J. BONNET (33) met en évidence que la notion de médecin de famille est encore une notion très présente dans les esprits des patients. Il s'agit du médecin très proche, considéré presque comme un ami, que parfois l'on tutoie, qui reste joignable 24h sur 24.

L'étude de L. SCHILLING (1), mettait également en évidence le fait que certains patients déclarent venir avec un proche afin que celui-ci les aide à prendre des décisions, ou sur l'utilisation des moyens de paiement. Les patients de notre enquête n'expriment pas clairement cela.

Ainsi, **les autojustifications annoncées par les patients de notre étude en ce qui concerne la présence d'un accompagnant se retrouvent dans la littérature**, à l'exception des suivantes : l'accompagnement en tant qu'**occupation pour le tiers**, et en tant que **raison pour aller ensuite en visite dans la famille**.

2.3 UN BESOIN DE PROTECTION CONTRE LES MEDECINS

2.3.1 Protection et attachement

Cette notion d'attachement renvoie à un lien émotionnel, à des sentiments ressentis pour une autre personne (34). Selon la théorie évolutionniste du psychanalyste J. BOWLBY, l'attachement est un système motivationnel qui nous incite **à aller vers les autres, afin d'obtenir une protection contre le danger**, ce tiers est considéré comme plus apte à faire face au monde environnant (35,36). *Il déclare : « Savoir qu'une figure d'attachement est disponible et réceptive procure un fort sentiment de quiétude globale, encourageant ainsi à valoriser cette relation et à la préserver »* (36). Il fait le postulat que cette recherche de protection est phylogénétiquement déterminée, et a permis la survie de l'espèce, notamment par l'assurance que les petits soient protégés par les adultes contre les dangers (35). Pour J. BOWLBY, l'attachement est considéré comme **le moteur de la constitution des relations interpersonnelles proches**. Il s'observe tout au long de la vie d'un individu. Pendant l'enfance, ces liens concernent les parents (ou des figures parentales de substitution) (36). L'enfant y cherche protection, soutien, réconfort (36,37). J. BOWLBY explique que **ces liens parentaux subsistent à l'adolescence et à l'âge adulte, et qu'ils se voient complétés par la figure amoureuse** (37). Pour lui, les schémas d'attachement mis en place dans la petite enfance perdurent au cours de la vie, c'est-à-dire que le sujet « auto perpétue » le schéma avec lequel il s'est construit (36,37).

Ayant travaillé avec J. BOWLBY, la psychologue M. MAIN a démontré que l'attachement des parents à leurs propres enfants est **transmis à la génération suivante**.

Pour M. DELAGE, **dans la rencontre amoureuse, l'attachement n'est pas en jeu**. *« On est ici dans une relation basée sur la pulsion, centrée sur le désir. Cependant, cette rencontre est dominée par la sensorialité réactive le système d'attachement. La proximité physique, le corps à corps, les caresses sont là comme un rappel de la sensorialité de l'enfance sur laquelle se sont établis les premiers attachements »* (38).

Tous les patients de notre étude sont accompagnés d'un tiers qui est un proche de l'entourage familial. Il s'agit soit du partenaire, soit de l'enfant, soit du parent, autrement dit

un proche avec lequel ils entretiennent une relation affective forte, ce qui n'est pas anodin lorsque l'on sait que tous ces patients critiquent les médecins et ressentent un besoin de protection.

Corroborant ces idées, N. FAVEZ (34) explique que le patient recherche une protection parentale inassouvie au travers de cette image parentale : *« tant chez l'enfant que chez l'adulte, le lien avec autrui sert une fonction biologique : procurer de la protection et du réconfort. »*(34)

Toutefois, l'attachement n'est pas la seule manifestation des influences parentales et familiales. C'est M. BOWEN, psychiatre et un des pionniers de la thérapie familiale systémique qui a été l'un des premiers à évaluer l'influence intergénérationnelle sur le développement des patients. M. BOWEN a théorisé notamment la différenciation de soi et la triangulation intergénérationnelle (39). Ces deux processus qui s'édifient à travers les liens primaires mis en place au sein de la famille, sont systémiques et intergénérationnels (39). Ils impliquent une influence réciproque des différents membres de la famille et se transmettent d'une génération à l'autre (39). Ils conditionnent le développement affectif de l'enfant et sa capacité à nouer des relations d'attachement en dehors de la famille d'origine (39). Nous reviendrons plus loin sur ces concepts.

2.3.2 Perception des médecins

Ce tableau noir des médecins est un élément extrêmement présent dans les discours de tous les patients de notre étude, il est largement mis en avant, alors même qu'ils avaient à faire à une enquêtrice elle-même médecin, et que leur perception des médecins n'était pas l'objet de notre entretien.

Ainsi, comme l'exprime le psychiatre L. ISRAEL, *« le médecin ne sait pas le rôle que le malade lui prête, ou pas toujours. »*(40). A en croire L. ISRAEL (40), *« le médecin n'est pas un homme comme les autres »* (40), *« il se distingue, ou plus exactement on le distingue dès qu'on s'adresse à lui. On ne lui dit pas Monsieur ou Madame, on lui dit Docteur. »* . Dans son ouvrage *Le médecin face au malade* (1968) (40), L. ISRAEL explique que ce ne sont pas les médecins qui tiennent à cette désignation, mais que ce sont ses patients. Ces derniers

éprouveraient une certaine satisfaction à employer ce titre qu'ils considèreraient comme supérieur à l'usage de l'habituel Monsieur ou Madame. Concernant le tutoiement, il écrit que « *les esprits forts et les infirmières appellent le médecin par son nom et en tirent un plaisir certain.* » Ceci serait une façon de souligner leur relation privilégiée avec les médecins, dont ils tirent une certaine fierté.

Voici un aperçu des différents travaux réalisés ces dernières années sur les perceptions des médecins traitants par les patients:

K. GRUMBACH dans son étude de 1999 a montré que 99% des patients interrogés apprécient le fait d'être suivi par un médecin généraliste qui connaît l'ensemble de leurs problèmes de santé (41).

Dans une enquête IPSOS de 2007 sur « la bonne image des généralistes », 89% des personnes interrogées ont **une très bonne (28%), ou une plutôt bonne (59%) opinion de leur médecin généraliste**. Ceci se retrouve dans la littérature (42), ce qui va à l'encontre des résultats de notre étude.

Dans l'enquête URML Rhône-Alpes en 2005, il a été demandé aux patients de donner une note allant de 0 à 9 concernant **leur satisfaction** de la relation qu'ils entretenaient avec leur médecin (43). Celle-ci était forte, puisque 78,9% des patients ont mis la note de 7 ou 8. La même question a été posée aux patients concernant **la confiance** qu'ils ont en leur médecin traitant. Celle-ci semblait forte également, puisque les notes 8 et 9 ont été attribuées par 77,4% des patients. Dans l'étude de C. MOUSEL, « le médecin généraliste en 2007 », près de 2/3 des personnes avaient une forte confiance en leur médecin traitant (44). Concernant cette confiance, 49,5% de la population de son étude déclare qu'elle est « forte », et 13,1% « très forte ». 34,6% de la population la considère comme « variable ». Ces notions de confiance sont corroborées par le travail de S. CORRE en 2013. Ces différentes données vont à l'encontre de la plupart des propos des patients que nous avons interviewés.

Plusieurs travaux révèlent que les patients estiment que la **durée de la consultation** avec leur médecin généraliste est suffisante (43,45). Dans l'enquête URML Rhône-Alpes, 91%

des participants ont répondu que la durée des consultations avec leur médecin généraliste était suffisante (43). Une enquête IPSOS de février 2007 montre que 72% des personnes interrogées estiment que leur médecin leur accorde suffisamment de temps (45). Ces résultats vont à l'encontre de ceux de notre enquête.

Concernant la relation des patients avec leur médecin traitant, à un questionnaire à choix multiples 17% des patients de l'enquête URML Rhône-Alpes a répondu qu'ils percevaient leur médecin **comme un ami** (43). L'étude de J. BONNET, de 2009 « Image du médecin généraliste par les patients étude auprès d'une population de l'agglomération nantaise par la méthode du focus group » révèle le même résultat (33). Aucun des patients de notre étude n'annonce cela.

Les patients déclarent apprécier le fait que leur médecin pratique fréquemment « **l'écoute active** », centrée sur le patient. La population de l'étude Enquête URML Rhône-Alpes, considère son médecin généraliste pendant la consultation comme étant à l'écoute, disponible, et attentif aux « autres problèmes » (43). Cela est corroboré dans la littérature (33,45), et va à l'encontre des résultats de notre étude.

Dans l'enquête URML Rhône-Alpes, si le patient ne remet pas en cause les compétences du médecin il semble devenir plus exigeant sur la **qualité de la relation médecin-patient** (43). Les patients attendent surtout de la **disponibilité** de la part de leur médecin, ainsi que du temps pour les informer et pour leur expliquer leur maladie et les traitements. Les résultats de l'enquête IPSOS de 2007 mettent en valeur que la disponibilité et la ponctualité du médecin sont importantes pour 97% et 84% de la population (46). Différentes études montrent les mêmes résultats (33,44,47). C. MOUSEL explique que cela représente un domaine auxquels les patients tiennent à cœur : « *les gens souhaiteraient qu'ils soient là chaque fois qu'ils en ont besoin [...] car ils se sentent démunis face à un médecin qui leur est étranger* » (44). De plus elle poursuit que les patients sont « *effrayés par la pris en charge hospitalière* ». En somme, « *les gens sont donc partagés entre le désir égoïste que leur médecin soit à leur disposition 24h sur 24, et le sentiment que ce dévouement corps et âme n'est pas humainement acceptable pour le médecin.* ». Ces données se retrouvent dans notre enquête.

Un sondage de l'institut CSA de février 2007, révèle que 77% des personnes interrogées estiment que les médecins font attention à ne pas faire de **prescriptions inutiles** (48), alors que dans nos travaux, une patiente souligne le fait que certains médecins prescrivent trop de médicaments inutilement.

Dans ce même sondage, 61% des personnes interrogées pensent que les médecins disent toujours **la vérité** à leurs patients : ceci va à l'encontre de notre étude, où de nombreux patients pensent que les médecins leur cachent parfois la vérité.

Dans une enquête IPSOS de février 2007, 62% des français déclarent avoir une plus grande confiance **en un médecin qui privilégie les examens paramédicaux**, qu'un médecin qui se fie uniquement à son examen clinique (26%) (45). Ceci est exprimé par une patiente de notre étude.

L'importance de **l'aspect extérieur du cabinet médical**, est une notion que l'on retrouve dans la thèse de C. MOUSEL (44). Certains patients accordent de l'importance à l'aspect extérieur du cabinet, mais aussi à l'apparence du médecin. Cela permet selon les patients, de juger leur médecin au-delà de sa pratique. La propreté est un élément très important pour de nombreux patients de son étude. L'hygiène et l'ordre du cabinet inspirent confiance, et sont pour les patients le reflet des compétences de leur médecin, et du respect qu'il leur accorde. Cette idée est également mise en évidence au travers du discours d'un patient de notre étude.

C. MOUSEL note que « *Généralement, plus la relation médecin-patient est ancrée dans le temps, plus le patient apprécie son médecin et trouve un intérêt à le consulter, plutôt qu'un autre* ». Son étude montre que les personnes qui considèrent leur médecin traitant comme le médecin qui « les connaît mieux », **formulent moins de critique à l'égard** de leur médecin ($p= 0,010$) (44). **Les critiques à l'encontre des médecins généralistes sont rares dans son étude**. Près de la moitié des répondants ne cite aucun reproche, ce qui va à l'encontre des résultats de notre étude où les entretiens de nos patients sont parsemés de reproches, de critiques, à l'encontre des médecins. Moins d'une personne sur dix reproche à son médecin son incompétence. La notion de **cupidité** se trouve être le principal reproche

formulé à l'encontre des médecins. Son travail montre que parmi les reproches adressés aux médecins, le fait d'être « **incompétent** » est cité par 8,3% des patients de l'étude. Elle révèle également que les sujets qui se plaignent d'un manque de compétence de leur médecin entretiennent avec lui une relation peu satisfaisante ($p = 0,009$). Ceci se retrouve dans notre travail.

Concernant **l'erreur médicale**, l'étude de C. MOUSEL, montre que près de 60% des patients affirment accorder à leur médecin le droit à l'erreur, qu'elle soit grave ou non, ou à l'origine d'un préjudice ou pas (44). 30% de la population émet des réserves concernant cette erreur : le médecin peut se tromper, à condition que cette erreur reste insignifiante. Presque tous les patients de notre enquête évoquent cette notion d'erreur médicale, qui même administrative marque le patient.

Dans l'étude de C. MOUSEL (44), 73,1% des patients déclarent être **mis à l'aise** par leur médecin traitant, ce qui n'est le cas que d'une patiente dans notre étude.

Dans une étude de février 2008, réalisée au niveau national par l'institut BVA « Le rôle et la place du médecin généraliste en France », les médecins sont, selon les français, les acteurs les plus déterminants d'un système de santé qui fonctionne bien (42). **Ils incarnent en 2008, la profession la plus prestigieuse**, nettement devant les enseignants, les infirmières et les chefs d'entreprise. Et ce, même si un Français sur deux estime que le prestige des médecins généralistes s'est détérioré pour la période 1998-2008. Les patients interviewés dans notre enquête ne semblent pas considérer la profession de médecin comme étant prestigieuse.

Dans la thèse de J. BONNET, le médecin généraliste est perçu par les patients comme **celui qui a le savoir médical**, qui peut les aider (33). Son étude révèle que la compétence du médecin généraliste dans le domaine biomédical est l'une des principales qualités reconnues par les patients. Dans notre étude, certains patients dénigrent les compétences des médecins.

Dans le travail d'A-C. DAUMAS, qui a étudié la représentation des médecins généralistes à travers les dessins d'enfants, nombreux sont ceux qui ont représenté leur

médecin avec des **instruments médicaux** (49). Elle explique que ces objets peuvent pour certains enfants rendre l'examen clinique désagréable, voire même être **une véritable source d'angoisse** pour eux, et **être vécus telle une véritable intrusion**, voire agression de leur enveloppe corporelle (stéthoscope, abaisse-langue...). On retrouve cette peur dans les propos des patients de notre étude, qui sont tous majeurs.

Aussi, dans l'étude d'A-C. DAUMAS, il semble que pour certains enfants, **être dénudé** soit une source d'angoisse (49). Etre examiné peut-être vécu comme une atteinte à leur pudeur. Ce rapport à l'intimité se retrouve dans les discours des patients de notre étude, qui contrairement au travail de C. DAUMAS sont tous des femmes adultes.

Enfin, toujours dans la même étude, les parents semblent moins présents que dans des travaux similaires antérieurs, et leur présence ne semble pas constituer un élément de réassurance pour le l'enfant (49). Dans les entretiens que nous avons réalisés, certains patients rapportent la présence parentale dans leur enfance comme facteur de réassurance, de protection. Dans le travail d'A-C. DAUMAS, le médecin conserve une image plutôt positive. En **revanche, les parents ne constituent pas un élément de réassurance pour les enfants. Ce parallèle avec notre travail montre une cohérence entre l'image du docteur chez les enfants et chez les adultes, qui font beaucoup référence à leur enfance pour expliquer leur relation avec leur médecin traitant.**

Les résultats de toutes ces études se concluent pas le fait que l'image globale des médecins est très positive. Ainsi, les résultats de l'ensemble de ces travaux qualitatifs, anonymes et décontextualisés, vont à l'encontre de ceux de notre étude. Ils sont différents d'enquêtes en tête à tête et contextualisées.

2.3.3 Exigences et choix du médecin traitant

Dans l'étude de C. MOUSEL, le médecin traitant est avant tout **le médecin de proximité** (44). Dans son travail, les personnes ayant cité le critère de proximité sont surtout des personnes âgées. Elle montre que consulter un médecin proche de son domicile s'avère être un avantage matériel certain (il est plus simple de limiter ses déplacements lorsque l'on est souffrant), mais également un avantage relationnel : le médecin connaît l'environnement

du patient. Pour certains, citer le critère de proximité comme premier critère, s'inscrit dans l'air du temps : « *la santé devient un objet de consommation courant et il paraît logique dans ce cas de recourir au plus proche donc au plus rapide, pour se soigner* » (44). Vient en seconde position dans son étude, le critère du **médecin choisit sur les conseils de son entourage** (24,1% de la population).

Notre étude montre que certains patients peinent à trouver un médecin traitant qui leur convienne. Certains d'entre eux expriment cette difficulté qu'ils ont rencontrée pour trouver le « bon » médecin...même si finalement le choix qu'ils ont fait n'est pas toujours bien assumé (patient A). D'autres semblent changer régulièrement de médecin traitant (patiente L, patiente M). Enfin, d'autres ont pour médecin, celui qui a succédé à leur ancien médecin généraliste, ce qui est confortable, même si là aussi, la relation ne semble pas toujours idéale à leurs yeux (patient E).

Dans notre étude, une patiente semble préférer un médecin traitant homme (patiente A). Dans l'étude de C. MOUSEL (44), **le genre du médecin** n'est pas un critère de choix de médecin traitant, en effet, 78,7% de la population se déclare indifférente au genre de son médecin. Car c'est avant tout **la compétence** du médecin qui est recherchée. Parmi les personnes ayant déclaré avoir une préférence, il n'est pas retrouvé de différence significative entre le choix d'un médecin homme ou femme ($p=0,96$).

Dans une étude IPSOS de septembre 2005 (50), 75% des personnes interrogées affirment avoir choisi leur médecin traitant parce qu'il s'agissait de leur **médecin habituel**, 25% parce qu'il **le trouvaient compétent**, et 22% en raison de la **proximité du cabinet** avec leur domicile.

2.3.4 Parents, médiateurs apaisants

Pour plusieurs de nos patients, les parents semblent avoir joué un rôle rassurant vis-à-vis du monde médical dans leur enfance. Pourtant, parfois, ce rôle semble voir été insuffisant, voire défaillant. Cette idée rejoint la théorie de D-W. WINNICOT, qui dans son ouvrage « la mère suffisamment bonne », décrit la nécessité pour la mère de ne pas combler l'enfant, d'être imparfaite, afin que celui-ci devienne autonome (51).

Dans l'étude de M. DELAGE (52), la plupart les jeunes gens interrogés au sujet de leur vécu de la maladie rapportent la présence réconfortante de leurs parents au cours de ces expériences traumatisantes qu'ont été les séjours à l'hôpital, les rencontres avec les médecins.

De son côté, C. DAUMAS montre une inégalité de représentation entre les parents et le médecin. Le médecin dans son graphisme, apparaît plus élaboré et plus grand que les parents. Pour elle, cela montre un médecin encore perçu parfois comme un personnage puissant, mais plus puissant que les parents (49). Dans son travail, elle établit que dans la plupart des cas, la présence parentale lors de la consultation médicale, ne semble pas être un élément rassurant pour l'enfant (49). Les patients de notre étude quant à eux, semblent avoir apprécié la protection des parents vis-à-vis du médecin dans leur enfance. Peut-on voir dans ces résultats un signe de l'évolution de la perception des médecins ? Considérés jusqu'au début des années 80 comme les détenteurs du savoir et pratiquant une médecine paternaliste, ce mode de fonctionnement a aujourd'hui évolué pour laisser une place plus grande à la participation du patient dans la prise de décisions concernant sa santé. Actuellement, le médecin traitant n'est plus le personnage inaccessible qu'il a pu représenter il y a encore quelques années. La majorité de patients ayant participé à notre étude étant âgés de plus de 30 ans (onze sur treize), on peut penser qu'ils aient grandi avec cette vision plus archaïque des médecins.

Les patients de notre étude cherchent à se protéger, à apaiser leur angoisse avec leur proche. **Pourtant, tout comme dans celle de C. DAUMAS, on s'aperçoit que le proche est insuffisamment apaisant.**

2.3.5 Tiers traducteurs, tiers porte-parole

Notre étude montre que dans certains cas, la présence du tiers lors de la consultation permet au patient de mieux comprendre le médecin. Ce tiers joue tantôt un rôle de **traducteur du jargon médical**, tantôt un rôle de **porte-parole**.

Dans son étude sur le rôle et l'influence de l'accompagnant en consultation, M. ANDRADES montre que 51% des patients venaient avec un tiers afin que celui-ci les aide à comprendre et reformuler les conseils donnés par le médecin(31).

Ces résultats se retrouvent dans l'étude de A-M. ROSLAND traitant de la participation des proches à la consultation chez le médecin généraliste des patients insuffisants cardiaques ou diabétiques, où plus de 77% des patients étaient plus à même de comprendre les propos du médecin en présence du tiers, et avaient une meilleure compréhension de ses propos (15). Aussi, 54% des patients affirmaient que leur proche facilitait la discussion avec leur médecin traitant (15). Les proches représentent un soutien non négligeable pour le patient pour sa prise en charge médicale (15). Dans cette étude de A-M ROSLAND, la présence du tiers en consultation était donc associée à une expérience positive pour le patient mais aussi pour le médecin (15). 44% des patients évoquaient des sujets dits difficiles avec leur médecin en présence du tiers (15). De plus, la présence du tiers était associée de manière significative à une meilleure satisfaction des patients pour leur médecin traitant (OR 1.7, CI 1.1-2.7) (15).

Notre travail met aussi en évidence pour certains patients, la présence du tiers comme traducteur et porte-parole, dans un contexte de faible niveau d'étude. Ceci se retrouve dans l'étude de A-M ROSLAND, qui montre que les patients présentant un faible niveau d'étude (OR 2.9, CI 1.4-5.7), ou l'absence de scolarité de niveau collège (OR 2.4, CI 1.4-4.1), sont plus à même d'être accompagnés lors de la consultation. Il faut cependant noter que dans le travail de A-M ROSLAND, les patients étudiés présentaient une maladie chronique (soit du diabète, soit de l'insuffisance cardiaque), ce qui n'est pas le cas des patients concernés par cette problématique dans notre étude. L. SCHILLING démontre la même notion dans son étude sur la présence d'une tierce personne en consultation (1). Il met en évidence le fait que les patients ayant un faible niveau d'études étaient plus à même de venir accompagnés (1).

Pour S. ROSE, la présence du tiers peut être souhaitée par le patient lui-même, afin de mieux comprendre les recommandations et les prescriptions du médecin, mais également pour obtenir un soutien psychologique (6). Elle explique aussi que **parfois, la**

figure d'autorité du médecin peut impressionner le patient, qui ressent alors le besoin de ce soutien du tiers.

Deux des patients de notre étude ont un proche ayant travaillé dans le domaine de la santé. S. PENNBRANT dans son étude sur l'importance de la consultation des proches lors de la consultation avec le sujet âgé (53), montre que les proches du patient ayant des compétences dans le domaines de la santé ont un rôle majeur dans la consultation et une bonne compréhension des informations délivrées par le médecin. Les tiers qui possèdent une telle expérience sont mieux préparés, plus confiants au sujet des questions qu'ils ont à poser, et plus à même de discuter avec le médecin (53). De plus, il semble que les médecins portent plus d'attention aux proches travaillant dans le milieu médical (53).

Le travail de M. ANDRADES sur le rôle et l'influence de l'accompagnant en consultation, corrobore ces résultats : il constate que 57% des patients déclarent venir avec un proche afin que celui-ci facilite la communication avec le médecin (31). L'étude menée par L. SHILLING met en évidence le même résultat (1).

I. MOLEY-MASSOL dans son ouvrage sur la relation médecin-malade, explique qu'au sein de certains couples de type fusionnels (la notion de couple se comprenant ici au sens large, homme-femme mais aussi parent-enfant, etc.), l'un des deux membres du couple peut jouer le rôle de « porte-parole », et s'exprimer au nom du couple (13). Elle poursuit en écrivant que **bien souvent, en monopolisant la parole, le tiers exprime son anxiété concernant la santé du malade, mais aussi lui-même, leur couple et leur avenir** (13). Nous reviendrons plus loin sur cette notion de couples fusionnels.

M. ANDRADES dans son travail démontre aussi que le proche peut avoir un rôle dans la prise de décision médicale ($p=0.006$), fait non soulevé par les patients lors de nos entretiens.

2.3.6 Conclusion

Ainsi, contrairement à notre enquête qualitative, dans la majorité des études que nous avons citées, les résultats se rejoignent et confirment tous la **très bonne image des**

médecins généralistes et la concordance des résultats des enquêtes sur plusieurs années. Dans ces études, **les patients sont seuls en consultation, ou alors, la présence d'un proche n'a pas été précisée**. Dans notre travail, **tous les patients sont accompagnés et critiquent les médecins**. Notre enquête en tête à tête retrouve des résultats différents des travaux **quantitatifs anonymes et décontextualisés**. Dès lors, cette population qui vient accompagnée représente-elle une exception des patients cités dans les travaux précédents ? Peut-on en déduire un lien entre la perception négative du médecin et le fait de venir accompagné ? **Cependant, notre hypothèse selon laquelle le fait d'avoir une image négative des médecins est un des déterminants conduisant un patient à venir avec un proche, reste valable.**

Deux notions extraites de la littérature sont absentes de notre analyse : la figure d'autorité du médecin pouvant impressionner le patient, lequel ressent alors un besoin de protection. La seconde, le fait que le tiers puisse avoir un rôle dans la prise de décision médicale. Ceci peut-être lié à la taille de notre échantillon

D'autre part, le choix de venir avec un proche, figure d'attachement, renforce cette notion de recherche de protection. Cette figure d'attachement est là pour **les protéger d'un danger potentiel**, tout comme leurs parents l'ont été dans leur enfance. Tous les patients de notre étude sont accompagnés d'un tiers qui est un proche.

Cette crainte des médecins explique leur exigence concernant le choix de leur médecin traitant. Les études montrent que ce médecin traitant est généralement choisi selon sa compétence, sa proximité du domicile.

Ici, l'enquêtrice a reçu l'agressivité des patients envers les médecins, étant elle-même médecin. Cela introduit une différence avec certaines des études suscitées. En effet **dans ces études, les chercheurs ne sont pas médecins, ou bien le sont, mais n'ont pas toujours eu de contact direct avec le patient** (pas d'entretien en tête à tête comme ici, mais utilisation de questionnaires). Par conséquent, le transfert qui s'opère avec l'enquêteur n'est pas le même. **On peut alors penser que les patients de notre étude se sont autorisés à exprimer leur agressivité devant un représentant du monde médical en général.**

2.4 LE TIERS, FIGURE PARENTALE DE SUBSTITUTION

2.4.1 Transfert et complexe d'Œdipe

Notre étude met en évidence pour la plupart de nos patients, **un fort besoin de protection, qui s'apparente à un besoin de protection parental**. Pour ces patients, à travers l'accompagnant, il semble que ce soit souvent le père ou la mère qui est symboliquement présent lors de la consultation. Au travers des discours de nos patients transparait pour la plupart des patients, **un « manque » parental, une carence affective**. Aussi on constate lors de deux consultations, et donc de deux entretiens, qu'au travers du médecin, c'est parfois une figure parentale qu'inconsciemment projette le patient. Cela peut aller jusqu'à reconstituer le triangle père-mère-enfant lors de la consultation chez le médecin traitant.

Il s'agit de ce qu'on appelle **transfert** en psychanalyse. Cette notion va dans le sens de la conception de S. ROSE, pour qui toute situation de relation triangulaire peut inconsciemment renvoyer chacun des protagonistes à la relation œdipienne telle qu'elle s'est construite et remaniée pour lui (6).

En ce sens, le psychanalyste E. SMADJA démontre qu'il existe en chaque individu comme une compulsion à répéter inconsciemment des investissements vécus dans le passé et réactualisés, que ce soit lors de la thérapie analytique, **ou bien au sein du couple** (54). Ce mécanisme est donc à l'œuvre dans la vie psychique de tout couple, et ce tout au long de son existence. Le transfert est donc en jeu au sein du duo patient-proche, et ce quelle que soit la composition de la dyade (mari-femme, mère-fille,...). Il intervient dans le choix amoureux, et incite les partenaires à rejouer des scènes infantiles (54,55).

Reprenant la vision de S. FREUD, le psychanalyste P. DE NEUTER (56) poursuit cette idée de transfert de l'image de la mère au sein du couple. Il écrit que l'amour que chacun de partenaires du couple porte à l'autre est en quelque sorte le miroir de l'amour de la mère pour son enfant et de l'amour de l'enfant pour sa mère. Selon lui, l'amour évoque pour les deux partenaires, la représentation inconsciente de la mère. L'homme s'adresse toujours à cet « *Autre maternel archaïque* ». En ce qui concerne la femme, il développe l'idée qu'elle en

fait tout autant, ce qui peut entraîner un certain trouble chez son compagnon, qui est alors le support de projection d'une image maternelle.

S. FREUD explique que le transfert s'établit dans toute relation humaine, et notamment dans la relation du malade à son médecin (57). Pour lui, « *Ce fragment de vie affective qu'il ne peut plus rappeler dans son souvenir, le malade le revit aussi dans ses relations avec le médecin* »(57). Ainsi, les patients s'attachent à leur médecin traitant, d'autres peuvent le détester (58).

Dans son ouvrage « Le médecin face au malade » (1968), L. ISRAEL évoque **ce rôle maternel protecteur** très souvent attribué aux médecins, quel que soit son genre (40), dans son étude du jeu du docteur chez les enfants. Il fait aussi allusion au **rôle paternel autoritaire du médecin**, idée que l'on retrouve dans notre travail. Il évoque en effet ce personnage « puissant » qu'est le médecin, qui parfois inspire une certaine crainte. En 1956, M. BALINT reprend au travers de plusieurs cas dans son ouvrage « Le médecin, son malade et la maladie » (59), cette notion de transfert de l'image du père que font certains patients au travers de leur médecin.

J. BOWLBY a démontré que les modèles qui guident un sujet dans sa vie relationnelle interpersonnelle durant toute sa vie, c'est à dire ses expériences précoces avec ses figures d'attachement que sont les parents, déterminent ce que la personne va se représenter d'elle-même et des autres. Ainsi pour lui, cela peut déterminer la manière dont le sujet va interagir avec son environnement social à l'âge adulte, donc avec son partenaire, son entourage familial ou social (35).

Pour M. DELAGE, l'attachement apparaît comme une composante du lien amoureux (60). Pour lui, les premières phases de la relation amoureuse n'impliqueraient pas encore l'attachement. Il explique que c'est la proximité des corps maintenue et répétée qui permet que s'opère en direction du partenaire une sorte de « transfert » des attentes réactivées de l'enfance. Le partenaire devient alors une figure d'attachement privilégiée, dont la présence à proximité permet l'apaisement et la tranquillité, et assure une certitude relationnelle entre les partenaires. Pour l'auteur, l'affirmation selon laquelle chaque partenaire de la relation

deviendrait pour l'autre la figure principale d'attachement, se substituant aux parents de l'enfance, paraît réductrice.

Ceci nous amène alors à évoquer la notion de complexe d'Œdipe. En effet, au travers de ces relations : relation duelle patient-tiers ou relation triangulaire patient-tiers-médecin, c'est le complexe d'Œdipe qui se rejoue (49,57,61–63). Ainsi, reprenant ces notions, V. GARCIA et E. SMADJA expliquent qu'au sein du couple, *vont se rejouer « les angoisses infantiles de séparation et d'abandon, les rivalités œdipiennes, les conflits du Moi. »*(64).

Dans son étude sur les représentations des médecins par les enfants, le médecin généraliste A-C. DAUMAS met en évidence des représentations du médecin sur fond œdipien. L'auteur note alors que, pour certains enfants, les pulsions sexuelles infantiles refoulées semblent s'exprimer lors des consultations chez le médecin (49).

En ce qui concerne **les dyades parent-enfant**, l'étude de DELAGE et ZUCKER sur les jeunes adultes ayant été traités pour un cancer quelques années auparavant (52) nous apprend que sur les trente-trois patients rencontrés lors de la consultation médicale de suivi, seize d'entre eux étaient accompagnés d'un de leurs parents, voire des deux (tous étant majeurs). Les auteurs s'interrogent alors si dans ce contexte, l'enfant qu'il a été resterait-il maintenu par les parents et /ou par le pédiatre, dans son statut d'enfant. Ou bien, peut-être est-ce ici un signe de sa difficulté à devenir adulte, lié aux problèmes rencontrés dans l'enfance ? Est-ce une manière d'entretenir et conserver cette consultation pédiatrique, et donc de garder sa place d'enfant ? Pour les auteurs, *« Cela ramène le jeune adulte à l'enfant qu'il était alors et qui avait besoin de ses parents. En miroir, les parents eux-mêmes restent « parents d'un enfant malade » dépendants du pouvoir médical, et trouvent donc une légitimation à leur présence auprès du jeune qui reste figé dans la situation de dépendance infantile initiale provoquée par le partage des soins entre médecins et parents. »* (52). Et les auteurs de conclure, que la configuration enfant-parent-médecin, ne saurait être remise en cause par aucun des protagonistes (52).

Dans son célèbre ouvrage « Le médecin face au malade », L. ISRAEL développe sa théorie concernant cette infantilisation du patient auprès de son tiers, et de son médecin :

« La régression est la caractéristique psychologique la plus générale liée à toute forme de maladie [...] Abandonné par le groupe et par son propre corps, l'être humain, qu'il le veuille ou non, est obligé de se rattacher à son passé, et ce retour en arrière constitue la régression, trait commun à pratiquement chaque état de la maladie. »(40). **Il poursuit, que lors que la maladie apparaît, le sujet ne se conduit plus en adulte, mais qu'à son insu, il se comporte en enfant par rapport à ceux qui l'entourent.** Dès lors, il explique que le patient va être amené à positionner le médecin en tant que figure parentale.

2.4.2 Fusion patient-proche

2.4.2.1 Indifférenciation mère-nourrisson

Le médecin et psycho-oncologue I. MOLEY-MASSOL dans son ouvrage sur la relation médecin-malade, explique que souvent, la maladie vient renforcer un mode de relation préexistant (13). La maladie favorise les attitudes de dépendance, de soumission, et l'infantilisation du malade (13).

Dans notre travail, plusieurs patients se déclarent eux-mêmes « fusionnel » avec leur proche (conjoint, enfant). Cette relation est pour eux objet de réconfort, de réassurance, d'apaisement. Même si tous ne sont pas à proprement dit « malades », tous consultent avec un symptôme, source d'inquiétude, maladie potentielle.

Concernant les relations fusionnelles, la psychologue A. BRETONNIERE-FREYSSE explique que dans ce mode de relation , « Cette quête symbiotique renvoie à l'indifférenciation de la relation mère-bébé. »(65). Elle poursuit, « La psychanalyse a mis en évidence le fait que le choix d'objet d'amour, non seulement permet au sujet de satisfaire ses besoins infantiles (tendresse, protection, sécurité, dépendance) mais que, de plus, ses processus défensifs au regard de pulsions jugées irrecevables pour le sujet sont entretenus par la dynamique psychique du partenaire élu. ». De plus, elle développe le fait qu' « Il est fréquent de voir, derrière cette avidité insatiable, des mouvements de haine puissants face à un conjoint qui humilie et infantilise par son dévouement sans mesure. Chez le partenaire complémentaire, on retrouve, derrière le besoin d'aider, un désir de voir l'autre régressé à l'état infantile, faible et dépendant, un état qui assure le bienfaiteur de sa grandeur et de sa

force. Ces personnes ont gardé un lien très fort à leur propre mère, qu'elle soit gratifiante ou frustrante. Elles essaient, dans le couple, de se libérer de ce lien tout en s'identifiant à la mère. Elles font pour autrui ce qu'elles auraient voulu que la mère fasse autrefois pour elles ou ce qu'elle n'aurait jamais dû cesser de faire. »

Le psychiatre et psychanalyste S. HEFEZ rejoint ces idées-là. Il affirme que cette relation fusionnelle renvoie à celle du nourrisson avec sa propre mère. Ce que l'on appelle « stade du miroir » en psychanalyse, est ce moment où l'enfant porté par sa mère face à leur reflet prend conscience qu'elle et lui sont distincts. *« C'est dans le regard de sa mère qu'il se reconnaît comme une personne »*(66). Selon S. HEFEZ, ces couples fusionnels se donnent le sentiment que chacun porte l'autre dans ses bras et lui montre dans le miroir le couple qu'ils forment ensemble. Chacun devient *« la mère idéale de l'autre »*(66), et en même temps, chacun donne à l'autre *« une consistance d'individu »*(66).

Reprenant les idées de M. BALINT, la sociologue C. HERZLICH fait allusion au comportement du malade qui, dominé par l'introspection et la régression, adopte des attitudes de dépendance vis-à-vis de son entourage (67).

2.4.2.2 Indifférenciation de soi

D'un point de vue systémique, on peut également penser que **certains patients ne sont pas différenciés de leur proche**, que celui-ci soit le partenaire, l'enfant ou le parent. Développant les concepts de M. BOWEN qui a été l'un des premiers à évaluer la capacité des individus à se différencier de leur famille, le psychologue N. DURUZ explique : *« Bowen soutient dans sa théorie des systèmes que chaque membre d'une famille doit trouver son autonomie en se différenciant du système émotionnel familial nucléaire, fonctionnant souvent comme une sorte de « moi collectif familial indifférencié ».* » (39). Selon M. BOWEN, il n'y a pas de discontinuité dans les familles dites normales ou pathologiques, mais des variations de degré dans ce qu'il nomme **« la différenciation de Soi »**, qui est l'un de ses principaux concepts. Il analyse que dans certaines familles, les individus sont « collés » les uns aux autres, réagissent tous de la même façon, et présentent *« une unité qui exclut les manifestations d'autonomie »* (68). M. BOWEN utilisait le terme « undifferentiated ego mass », ou fusion, qui correspond à un niveau de différenciation très bas. En ce sens, un

niveau de différenciation maximal correspond à un développement de soi optimal, une différenciation minimale, à un niveau de « symbiose totale avec autrui » (68). Les patients indifférenciés ont très peu de réactions qui leur sont propres, individuelles. La personne manifeste un important besoin des autres, de l'autre, pour être aimée, guidée et protégée. Pour N. FAVEZ, « *La personne indifférenciée tend à être émotionnellement prisonnière de la relation à autrui* » (68).

2.4.3 Peur de la solitude, peur de la mort

Dans un travail sur le sentiment de solitude suite à un deuil ou une séparation réalisé par la psychologue Y. CASTELLAN auprès de cent quarante-cinq personnes, les réponses apportées par les participants à la question : « *La solitude, pour moi, c'est...* », furent les suivantes (69):

- un dixième des répondants vit la solitude comme **un état de fait à subir**.
- plus de 60 % reconnaissent **une souffrance**
- Un cinquième des participants évoquent la solitude comme **un épisode momentané de leur vie, bon et bénéfique**
- pour sept répondants, la solitude est **une conquête sur la dépendance** et l'aliénation à l'autre. Conquête reconnue comme « difficile, mais qui porte ses fruits dans une libération radicale et définitive. »

L'auteure explique que « *Paradoxalement, ces deux faces du lien / solitude recèlent un danger analogue, un risque pour l'intégrité du Moi du sujet : d'un côté, l'absorption dans l'autre ; de l'autre, la perte de soi dans l'absence de l'autre.* »(69). Par ailleurs, elle évoque **cette crainte de la perte maternelle tel le nourrisson à laquelle renvoie la solitude** : « *Ce que l'on voit resurgir au plus profond du sentiment de solitude, c'est une dynamique primitive qui se joue dans la période immédiatement postnatale, quand le nouveau-né, au sortir de son expulsion, est plongé dans un univers dont il ne peut rien connaître mais qui contient sa vie et sa mort. À ce moment, un visage humain, penché sur le berceau – celui de sa mère, généralement – opère une séduction immédiatement apaisante au sein d'un vide mortel.* »(69).

En effet, cette « Mère », désignée par J. LACAN (61) sous l'expression « Autre maternel », n'est pas considérée par l'enfant comme étant distinct de lui lors de sa vie utérine, et dans les premiers mois de sa vie (61). Le nourrisson ne fait pas la différence entre lui, sa mère et le monde. Reprenant la théorie de J. LACAN, S. TRIBOLET écrit que l'enfant « *fait corps avec cet Autre maternel qui est le lieu dans lequel s'inscrit sa destinée* »(61) . Dès lors, **toute séparation avec cet « Autre maternel » s'apparente à un arrachement, un déchirement physique** (61).

A suite de D-W. Winnicott, I. BERNATEAU (70) nous montre que la solitude s'apprend en réalité *dans et par* la présence, et qu'elle est une capacité qui ne peut se développer dans un premier temps qu'en présence de la mère : « *Le fondement de la capacité d'être seul est donc paradoxal puisque c'est l'expérience d'être seul en présence de quelqu'un d'autre* » (70). L'auteure évoque cette ambiguïté que constitue la solitude : « *la solitude est à la fois une capacité – la capacité d'être seul qui s'apprend en présence de l'objet et qui définit un espace psychique propre – et un sentiment – l'éprouvé douloureux d'une absence de l'objet qui nous arrache à nous-mêmes.* » (70).

J. DENAN et M. HAM (71) font eux aussi écho aux théories de D-W. WINNICOTT. Il évoquent l'idée que la solitude est l'un des signes les plus importants du développement affectif et comme origine de l'aptitude à la solitude authentique. **D-W WINNICOTT parle en effet du fait d'être seul en présence de quelqu'un d'autre** : « *Il s'agit de l'expérience d'être seul, en tant que nourrisson et petit enfant, en présence de la mère* » (51).

Par la suite, l'individu devient capable de renoncer à la présence effective d'une mère ou d'un substitut maternel (71). Cette solitude « *ne se tient que par la référence psychique à l'Autre, cet Autre tantôt présent, tantôt absent, que la mère vient incarner* » (71).

Sur le plan systémique, s'appuyant sur la théorie de la différenciation de M. BOWEN, N.FAVEZ développe l'idée que **plus l'individu est différencié, plus il est capable de vivre seul et de s'assumer comme une personne « complète » et être autonome** (68). On peut faire l'hypothèse que la plupart des patients de notre étude ont un défaut de différenciation. Un des entretiens les plus marquants par rapport à cette notion de solitude étant l'entretien H,

de cette patiente âgée de 69 ans, et se décrivant comme incapable d’être seule, et le répétant telle une litanie.

Dans notre travail, on s’aperçoit que les patients ne parlent jamais du sentiment de solitude à titre personnel. La solitude n’est pas évoquée au titre d’un vécu personnel, mais est évoquée pour un tiers, en filigranes, en creux. Cela laisse sous-entendre la solitude vécue pour celui qui l’exprime.

2.4.4 Conclusion

Ainsi, comme dans toute relation humaine, il se rejoue au sein des dyades étudiées des relations infantiles. **Les patients de notre étude ont un besoin inassouvi de protection parentale. Ce besoin, universel, prend ici une coloration particulière, puisqu’ils viennent le théâtraliser devant le médecin.**

Des transferts se mettent en place entre le patient et son accompagnant, ainsi qu’entre le patient et le médecin. Le complexe d’Œdipe semble souvent remis en jeu. Des nuances sont mises en évidence pour les patients de notre étude par rapport à un couple ou duo quelconque. Il s’agit d’une part de la mise en évidence pour certaines de nos dyades d’une **forte infantilisation patient-proche**, et d’autre part, d’une **relation de dépendance forte, fusionnelle entre le patient et son tiers**. Pour tous ces patients, cette fusion pourrait rappeler **la fusion du nourrisson avec sa mère, qui rassure et apaise le bébé**. De la même manière, **cette relation fusionnelle protège les partenaires du couple**. Selon la notion systémique abordée, certains patients de notre étude seraient donc **indifférenciés**. Ils manifesteraient alors **un important besoin de l’autre, pour être aimés et protégés**. Ceci justifierait la présence du proche en consultation.

Cette dépendance vient faire écho pour certains à leur peur de la solitude, laquelle pourrait rappeler tel le nourrisson la crainte de la perte de la mère. Cette solitude signifie aussi le manque de différenciation de ces patients, qui ont alors des difficultés à être autonomes.

2.5 LE TIERS, PROTECTEUR FACE A LA MALADIE

2.5.1 La Recherche d'un soutien face à la maladie

2.5.1.1 Perception de la maladie

Concernant **la peur de la maladie**, une enquête Institut Ipsos de février 2014, révèle que presque un tiers des personnes interrogées craignent très souvent ou assez souvent d'être atteints d'une maladie lorsque certains symptômes apparaissent (72). En l'absence de tout symptôme, un français sur dix a peur d'être atteint d'une maladie en l'absence de tout symptôme (13%). En ce qui concerne l'attitude adoptée par les sujets interrogés dans cette étude, en cas de peur d'être atteint d'une maladie grave, en l'absence de tout symptôme, 61% de la population redoute de développer une maladie grave, et avoue en parler avec ses proches pour se rassurer. 44% déclarent avoir besoin de consulter plusieurs médecins et faire plusieurs examens avant d'être pleinement rassuré. Ceci se retrouve également dans notre étude pour une patiente.

Pour G-N. FISCHER et C. TARQUINIO, **le soutien, qui constitue un facteur essentiel des relations humaines au quotidien, trouve une importance particulière en situation de maladie** (73). En effet, le soutien social joue un rôle primordial ayant des effets bénéfiques sur la santé, tandis que l'isolement et la solitude constituent des facteurs de risque (73). De plus, le fait de disposer d'un soutien social fort se traduit selon eux par un sentiment important d'estime de soi, et a un effet protecteur sur la santé, alors qu'un soutien faible, ou même l'absence de soutien constituent un facteur de risque de pathologies cardio-vasculaires notamment (73). D'autre part, ils soumettent à leurs lecteurs que **le soutien affectif dont un sujet est l'objet lors d'une épreuve, est d'autant plus important et bénéfique qu'il trouve son origine auprès de personnes dont l'individu tient et qui comptent pour lui** (73). Notre étude montre aussi que ces patients qui viennent accompagnés, le sont tous par un proche, avec lequel ils entretiennent un lien affectif fort : conjoint, enfant, parent.

Dans ses propres travaux sur la perception de la maladie, la psychologue et sociologue C. HERZLICH (67) s'étonne du peu de référence faite à la mort, alors qu'avant elle,

J-P. VALABREGA avait soutenu que « *la maladie, même bénigne, comporte une idée de mort, une éventualité de mort* »(67), et que dans l'inconscient, la maladie équivaut à la mort. Elle estime alors que les processus de négation mis en œuvre par les patients dans ses travaux, « *ne sont sans doute que l'expression consciente de la défense contre l'angoisse qu'elle provoque* »(67). Ainsi, selon elle, **le peu d'évocation de la mort dans ses travaux, renvoie à l'idée de S. FREUD, pour qui on ne peut parler de mort qu'en la niant : "Au fond, personne ne croit à sa propre mort, et dans son inconscient, chacun est persuadé de son immortalité."**

D'autre part, selon C. HERZLICH, **la maladie est donc vécue et pensée par le patient en référence à ses rapports avec la société.** Elle développe l'idée que le sens que prend l'inactivité engendrée par la maladie, pour l'individu, s'organise en trois modes de fonctionnements, trois conceptions de la maladie : **La maladie destructrice, la maladie-libératrice, et la maladie-métier.** Plusieurs conceptions peuvent parfois s'intriquer chez un même sujet.

La maladie destructrice est, selon la sociologue, caractéristique des patients se considérant très actifs ou engagés dans la société (67). Pour ces personnes, l'inactivité entraînée par la maladie à des implications sociales fortes, elle entraîne la désocialisation du malade.. **La maladie menace la conception de l'individu lui-même, elle menace son identité..** L'individu malade perd ses qualités d'adulte, il est diminué, il est « moins qu'avant », il passe au statut passif et dépendant, rejoignant le statut de l'enfant. Pourtant, si l'enfant a sa place dans la société, dans cette conception de la maladie, le patient semble ne pas trouver la sienne. Plusieurs patients de notre étude semblent s'inscrire dans cette optique.

Dans la représentation de la maladie en tant que **maladie-libératrice**, l'individu ressent cette fois-ci un soulagement des charges qui pèsent sur lui (67). **La maladie prend une image positive.** La maladie bénigne représente une « halte bienfaisante » dans la vie de l'individu. La maladie dite grave est vécue comme un phénomène exceptionnel. **La maladie est alors la source de l'accomplissement de la personne,** et la maladie devient pour ces personnes, une défense contre les exigences de la société. Ainsi, dans cette vision de la

maladie, celle-ci est perçue comme une véritable libération du sujet, liée à un allègement des contraintes sociales. Un de nos patients présente ce profil.

La troisième perception de la maladie selon C. HERZLICH, c'est **la maladie-métier** (67). Celle-ci possède certains attributs d'un métier : elle se prépare et s'apprend. Le patient lutte activement contre la maladie. Ici, l'inactivité (professionnelle, familiale...), est utilisée afin de lutter contre cette maladie. Le sujet conserve son identité. Dans cette vision de la maladie, même si le sujet la redoute, il l'accepte. Si la maladie est une épreuve, elle n'est pas une menace d'anéantissement. Nous retrouvons ce profil pour un de nos patients.

D'un point de vue anthropologique, **on distingue les maladies d'origine endogènes, et exogène** (67,74). La psychologue M. BRUCHON-SCHWEITZER explique que **parmi les causes externes, on retrouve les éléments naturels, les évènements de vie, et les relations à autrui**. Plusieurs patients de notre travail expriment cette origine exogène de la maladie (Pourquoi tomber malade lorsqu'on a un mode de vie sain ?). **Les causes internes regroupent les transmissions familiales, les dysfonctionnements corporels, les émotions et le caractère**. Une patiente de notre étude évoque le caractère héréditaire de certaines maladies, c'est une des raisons pour laquelle elle les craint. Pour l'auteur, malgré le caractère erroné de ces croyances, celles-ci ont une fonction : **essayer de trouver des origines à sa maladie permet d'identifier et d'appivoiser la réalité qu'est la maladie, souvent effrayante**.

Se représenter la maladie est donc essentiel. Selon G-N. FISCHER, les représentations de la maladie désignent les conceptions que l'individu s'est construit ou qui lui ont été transmises, et qui ne correspondent en aucun cas aux connaissances scientifiques ou médicales (73). Il explique qu'elles ont une fonction psychologique majeure, car **elles permettent de donner du sens au bouleversement représenté par la maladie** parfois. Cela donne aussi au sujet l'impression de prendre le contrôle sur la maladie, en la rendant **accessible et intelligible** (73).

Ainsi, la maladie, souvent effrayante, le patient cherche à s'en protéger, à l'affronter, mais si possible avec le soutien d'un tiers.

2.5.1.2 Maladie et systémie

Le philosophe et psychologue M. GENNART et le psychiatre M. VANNOTI se sont aussi intéressés à ce que renvoie la notion de maladie : *« la maladie , en perturbant le fonctionnement biologique, perturbe l'homme en tant que sujet de relations aux partenaires de son environnement. Le fonctionnement biologique étant rien moins que monadique, mais participant de façon constitutive à la structure d'échange liant le sujet vivant à son environnement, il signifie à l'inverse que l'évolution de la maladie est « sensible » à ce qui se déroule et survient entre le patient et son entourage humain. »*(75). A la suite de G. ENGEL dans les années 70, ils développent l'idée que, la maladie d'un individu perturbe les acteurs de son environnement, c'est-à-dire ses proches (75). Ils écrivent *« Si la maladie chronique détient ce pouvoir de « contamination » qui consiste à affecter non le seul patient, mais aussi chacun de ses proches, **c'est avant tout parce qu'elle menace le lien d'attachement** comme tel. Les différents membres de la famille sont, chacun à leur manière, exposés à l'angoisse de perdre le leur qui est malade, et **confrontés à la possibilité de la séparation et du deuil**. En menaçant le lien d'attachement, la maladie chronique retentit sur ce qui constitue la « portée » affective de base de ce dernier : la tension entre sécurité et insécurité existentielles.*»(75). Ainsi, la maladie n'atteint pas seulement celui qui en est porteur, mais belle et bien aussi les acteurs de son environnement proche. **L'accompagnant, est donc lui aussi concerné par la maladie du patient. Lui aussi peut souffrir de la maladie de l'autre.**

Reprenant les apports du psychiatre familial systémicien M. BOWEN , S.BEUGNOT et L. ROY (76) estiment que la maladie induit « une onde de choc » au sein du système familial. Ainsi, ce bouleversement intra-familial peut engendrer *« une remise en question des règles familiales établies et répétées, entre autres, au-delà de la famille d'origine. C'est un temps de crise qui déclenche une réflexion sur les enjeux liés à la différenciation et qui ouvre la possibilité d'un réaménagement des liens permettant ainsi de s'écarter des répétitions intergénérationnelles. »*

La littérature montre que ce soit une maladie chronique ou aigue, **la maladie d'un parent représente une importante source de stress pour les enfants, et influe sur le fonctionnement de la dynamique familiale** (77–81).

Comme l'explique une patiente dans notre travail, c'est parce que sa propre mère craignait la confrontation de ses enfants avec la maladie, qu'elle a préféré les en protéger en leur évitant de voir leur père hospitalisé. De même, une autre expose le fait qu'elle a longtemps caché la maladie de son propre père à sa fille, de peur de la blesser. Un autre encore relate que son père a choisi de tenir ses enfants et petits-enfants éloignés de lui durant son cancer, pour les en protéger. Une autre patiente répète à plusieurs reprises, que tout comme son mari, son fils est un « peureux », qui appelle sa mère au moindre bobo. Finalement, n'existe-t-il pas dans ces familles, une transmission de la peur de la maladie de génération en génération ?

Pour la psychothérapeute familiale systémicienne E. GOLDBETER-MERINFELD (82), l'une des fonctions essentielles de la famille est la transmission : *« transmission génétique bien sûre, mais aussi bien d'autres, comme celles d'un savoir, d'une expérience, d'un savoir-faire et d'un savoir être. Premier milieu social où évolue le tout-petit, la famille est porteuse d'un modèle de socialisation et de couple, d'une manière de concevoir les hiérarchies et les relations, d'un langage et donc d'une manière de communiquer, même en se taisant »*. La thérapeute explique que les événements heureux ou malheureux *« marquent la toile familiale »*, y laissent des traces qui, non seulement vont être transmises aux générations, mais vont aussi déteindre sur les modalités mêmes de la transmission et sur les règles concernant la manière de la recevoir et de la traiter.

2.5.1.3 Expérience personnelle ou familiale de la maladie et peur de la maladie

Dans son travail sur le sentiment de guérison à distance, d'enfants traité avant l'âge de quinze ans, M. DELAGE (52) revient sur notion de peur de la maladie. Ce travail a été conduit par une psychologue auprès de jeunes gens âgée de dix-huit à trente-et-un ans et médicalement guéris. Les traces inébranlables du traumatisme et la solitude omniprésente à l'hôpital, semblent également omniprésents dans leurs discours. Il apparait également que les patients énoncent leur crainte de voir revenir la maladie. Elle pourrait soit « se réveiller », soit « préparer le terrain » à une autre maladie aussi grave que la première (52), et ce qu'elle que soit l'origine de la maladie (cancer ou accident). Ceci n'est pas énoncé par les patients de notre enquête. Les patients de cette étude soulignent combien la rupture avec le groupe

social (les amis, les camarades, l'école), l'hospitalisation prolongée, le départ des parents le soir, la peur d'être abandonné, la responsabilité ressentie à l'égard des parents à qui il ne faut pas faire de peine et la crainte de voir leurs visites s'espacer au fil des hospitalisations, conduisent, en effet, à une solitude constamment évoquée dans les entretiens (52). Le départ des parents, le soir et la nuit de l'hôpital, constitue les plus mauvais souvenirs, cités juste après la ponction lombaire et la chimiothérapie (52). Dès lors, on peut penser qu'ayant ressenti cette solitude lors de leurs hospitalisations dans l'enfance, ces patients recherchent plus tard, le soutien systématique d'un proche lors de consultations médicales, par peur de vivre à nouveau cette solitude.

Une patiente de notre étude dans son entretien évoque avec précision les dates exactes jour pour jour, de son accident et des suites de celui-ci. En ce sens, DELAGE et ZUCKER expliquent qu'il est frappant de constater chez presque tous les patients interrogés une tendance à citer avec une extrême précision les repères temporels en lien avec la découverte de leur maladie (52). Ceci souligne le choc ressenti par les patients, le traumatisme vécu comme évènement de vie indélébile.

2.5.1.4 Protection et soutien du tiers

Dans son étude sur le rôle et l'influence de l'accompagnant en consultation, M. ANDRADES montre que 90% des patients déclarent venir avec un proche afin que ce dernier leur apporte un **soutien émotionnel** (31). Cette notion de soutien émotionnel se retrouve aussi dans l'étude de C. RINI, sur l'influence de la tierce personne dans la prise de décision pour la chirurgie (83).

M. RUSZNIEWSKI, dans son ouvrage « Face à la maladie grave »(8), explique que lorsque le malade se sent « abandonné par la vie », il va alors chercher à se raccrocher aux vivants, c'est-à-dire à ses proches. En effet, les soignants, qui jusqu'ici servaient de soutien au travers de leur savoir, leur capacité potentielle à les aider à guérir, voient peu à peu leur rôle s'effacer au travers du regard du malade. **Dès lors, le malade va réinvestir ceux « qui n'ont d'autres pouvoir que d'être là, à ses côtés, aimants, aimés et vivants »**(8). Dans notre étude, les patients n'exprimaient pas cette idée. En effet, ils n'étaient pas confrontés à une maladie aiguë grave, et aucun n'était en fin de vie.

Dans l'étude menée par le psychiatre M. PARADIS en 2008, on peut lire : « *Tout cancer peut entraîner un bouleversement individuel, mais aussi familial : les enfants dont un parent est atteint de cancer sont ainsi susceptibles d'éprouver une détresse importante pouvant avoir des conséquences non négligeables à l'âge adulte.* »(84). **Dans notre étude, plusieurs patients ont vécu le cancer d'un de leur parent. On constate que cet évènement a été pour chacun d'eux un fait traumatisant.**

Dans l'étude canadienne sur les représentations sociales des partenaires du couples dont l'un est atteint d'insuffisance cardiaque (donc prototype d'une maladie chronique), menée par l'infirmière F. DUHAMEL, les auteurs notent que **les conjointes des patients ont tendance à s'inquiéter de la santé de leur mari et à prendre sérieusement un rôle de soutien ou même de protection envers eux** (85). D'autre part, ils observent que lorsque c'est la femme qui est atteinte d'insuffisance cardiaque, celle-ci a tendance à prendre toute la responsabilité de leurs soins et à déployer tous les efforts nécessaires pour empêcher la maladie de perturber la vie familiale (85). Cette pratique se retrouve dans le mode de fonctionnement d'une patiente de notre travail, qui bien qu'atteinte lourdement depuis des années par une syringomyélie, semble demeurer l'élément dominant du couple. Ils montrent aussi que les épouses des patients atteints d'insuffisance cardiaque cherchent à créer un climat agréable à la maison, à entourer le conjoint, à le sécuriser, à lui remonter le moral. Ainsi, les rôles tenus par les conjointes paraissent surtout être associés à de la surveillance, à de la régulation des activités du conjoint, ou encore, à la maîtrise des sources de stress (85). **Elles assurent donc un rôle de soutien.** Les auteurs expliquent qu'en ce qui concerne les conjoints des patientes, ils expriment leur soutien en assurant une présence auprès de leur épouse atteinte, en prenant parfois le relais, mais sans s'impliquer, semble-t-il, de façon active dans la maladie comme il en est le cas chez les conjointes des personnes atteintes de la maladie. Ils constatent que **les femmes paraissent s'inscrire dans les rôles qui leurs sont traditionnellement dévolus, leurs comportements et attitudes demeurant, spécifiques au genre** (85).

2.5.2 Un tiers inquiet pour le patient

Comme le développe I. MOLEY-MASSOL, si la maladie engendre une profonde « blessure narcissique » pour le malade, elle inflige aussi un violent traumatisme psychique à ses proches, traumatisme qui dépend des liens qui existent entre eux, de leur relation, de leur personnalité (13). La maladie fragilise aussi les proches, qui eux aussi sont à la recherche d'un soutien, de réassurance. « *L'accompagnant est celui qui subit la maladie sans recevoir la « considération » dont le malade est objet.* » Il peut alors se sentir laissé de côté, être épuisé, voire même dépressif (13).

Aussi, dans l'étude de PARADIS sur l'influence de la communication à propos du cancer d'un parent sur la souffrance des enfants, les auteurs écrivent que la maladie d'un parent dans l'enfance de son enfant peut avoir de lourdes répercussions lorsque celui-ci atteint l'âge adulte (84). Il semblerait que lorsque les parents d'un enfant et les médecins tiennent l'enfant à l'écart, ceci entraîne à plus long terme une méfiance de la part des enfants, qui ont vécu une telle expérience de la maladie de leur père ou de leur mère, envers les adultes et le corps médical (79,84). Cela se retrouve dans notre travail. Les raisons invoquées par les parents dans cette étude pour justifier leur non-communication sur la maladie à leur enfant étaient le fait de ne pas vouloir les bouleverser, que ce n'était pas le bon moment, qu'ils ne voulaient pas leur voler leur enfance, et le fait qu'ils ne savaient pas de quelle manière parler du sujet avec leur enfant (84). L'autre raison invoquée pour justifier leur non-révélation de la maladie, était le fait de **vouloir protéger leur enfant** (84). Taire la vérité sur la maladie, c'est chercher à protéger les autres de la réalité effrayante qu'elle suppose. Cette notion de vérité par rapport à la maladie est illustrée dans notre travail. Concernant l'information délivrée par les parents, cette étude révèle que bien que tous les enfants interrogés n'étaient pas tous pleinement informés du diagnostic ou du pronostic de la maladie de leurs parents, tous les enfants interviewés voulaient savoir ce qui se passait. Cela leur permettrait d'être préparés pour le futur et se sentir concernés par la situation familiale (84). En effet, tous les enfants interrogés ont exprimé leur désir d'être informés de la maladie de leur mère.

Il apparaît que les parents ont le souci de protéger leurs enfants de leurs propres peurs et angoisses. Il semblerait qu'échanger sereinement autour de la maladie dans la famille permettrait de diminuer l'angoisse des enfants autour de cette problématique (86). L'étude menée par BARNES (79) sur la communication des mères atteintes d'un cancer du sein avec leurs enfants corrobore nos résultats : montre que la plupart des mères ne révèle aucune information sur leur maladie à leur enfant tant qu'elles n'avaient pas la certitude du diagnostic. Pourtant, si les parents et les médecins tiennent les enfants à l'écart de ce qui se passe réellement, cela peut entraîner à plus long terme une méfiance, de la part des enfants ayant vécu une telle expérience, envers les adultes et le corps médical (79).

Dans l'étude des anglais FINCH et GIBSON qui traite du ressenti des adolescents par rapport au cancer de leurs parents (80), les auteurs ont cherché à comprendre au moyen d'entretiens semi-dirigés, comment les adolescents (14-18 ans) vivent l'annonce du cancer de leurs parents, comment ils vivent cet événement et comment ce dernier influence leur vie et leurs relations. Ils expliquent que face à l'annonce d'une telle maladie dans la famille, c'est toute la systémique familiale qui est remise en question. Les adolescents **se trouvent confrontés à des questionnements qu'ils n'attendaient pas, et se voient redéfinir le sens de leur vie, ainsi que les rôles et les relations de chacun au sein de la famille**. Ils expliquent qu'apprendre le cancer de ses parents dans cette période de construction pendant laquelle sa propre identité est en construction, peut les isoler. Ceci est corroboré par la revue de la littérature menée par VISSER traitant de l'impact d'un cancer parental sur la famille (87).

Pour L. ISRAEL : « *l'expérience de la vie est la rencontre avec cette ombre entre l'homme et son corps, l'ombre de la mort.* ». Or, « *La médecine ne protège pas contre la mort.* »(40). Poursuivant cette idée de mort raccrochée à la maladie, le cardiologue C. BERSEY écrit « *C'est la particularité du médecin d'être en contact quotidien non avec la mort mais avec la peur de la mort* » (88).

Plusieurs études montrent que les filles dont les mères ont été atteintes d'un cancer du sein sont plus à même de présenter des symptômes psychosomatiques, et des troubles dépressifs. **Ces jeunes filles semblent avoir peur de développer elles aussi un cancer du**

sein, elles craignent une rechute pour leur mère, elles ont peur de perdre leur mère, se sentent en colère, et coupables (77,78,80,87).

En ce qui concerne la laxité de certains patients vis à vis de leur propre maladie que notre étude met en évidence, L. ISRAEL revient sur ce mécanisme de défense qu'est le déni : *« Plutôt que de s'exposer à l'échec, à la blessure narcissique que constitue la maladie et l'angoisse qu'elle peut susciter, l'individu préfère contester la maladie, et surtout la cacher, comme si elle était toujours un peu honteuse. »*(40). Ceci constitue une manière de s'adapter à la maladie.

2.5.3 La maladie comme réalité collective

Pour la sociologue C. HERZLICH , *« être malade, être en bonne santé, c'est, semble-t-il, d'abord et seulement, une expérience individuelle qui ne peut se partager. Pourtant, nous savons que l'incommunicabilité est déjà rapport aux autres ; on est malade ou bien portant pour soi, mais aussi pour la société et en fonction de la société »*(67). Dans l'ouvrage collectif dirigé par U. FLICK, au début des années 1990 (89), C. HERZLICH envisage **la maladie comme objet d'un discours collectif**. Elle développe le fait que pour chaque individu, la maladie est à la fois l'ensemble de symptômes qui conduit chez le médecin, mais elle est également *« l'évènement malheureux qui menace ou modifie, parfois irrémédiablement, notre vie individuelle, notre insertion sociale et donc l'équilibre collectif »*. Selon la sociologue, considérer la maladie de cette manière génère une interrogation allant au-delà du corps individuel et du diagnostic médical. Elle expose le fait que l'information médicale délivrée par le médecin ainsi que son diagnostic ne suffisent pas pour répondre aux interrogations du patient telles que « pourquoi moi », pourquoi maintenant », ainsi, *« Une interprétation collective complexe et continue, un discours de la société tout entière est nécessaire pour nous dire quel est le sens à attribuer à la maladie, à la santé, au corps et pour orienter notre rapport à eux »*. Au travers d'un de ses travaux, elle met en valeur cette idée de maladie comme problème collectif : l'interprétation collective de la maladie met en cause la société (89). Elle y développe le fait que la maladie serait imputée à la société, qui serait « agressive », contraignante en raison d'un mode de vie « urbain » et « malsain » imposé aux individus. Ces éléments « malsains », s'illustrent à travers l'air pollué des villes, la nourriture

« moderne », « chimique », le bruit, le rythme de vie imposé pas nos sociétés. « *La maladie incarne donc et cristallise l'agression sociale* ». Reprenant la pensée de l'essayiste et romancière S. SONTAG, elle développe l'idée de la maladie comme métaphore : à travers nos conceptions de la maladie, c'est en réalité de notre rapport à la société dont nous parlons. Pour elle, les représentations de la maladie sont comme « *enracinées dans la réalité sociale et historique. [...] Elles transcrivent sur le plan propre de l'explication du biologique des visions du monde plus larges. Plus encore que métaphore, la maladie est donc un signifiant dont le signifié est le rapport de l'individu à l'ordre social.* ». La société tient selon elle un discours où la santé occupe une place centrale, aux champs d'intervention de plus en plus étendus. **Dès lors, la maladie n'est plus uniquement l'affaire d'un seul individu. Elle est l'objet de débats collectifs (89).**

Les résultats de l'étude de FINCH et GIBSON témoignent également de ce besoin de vivre la maladie collectivement par les patients (80). La grande majorité des participants semble être en faveur d'une discussion ouverte par rapport à la maladie au sein de leur famille. **Pour eux, être inclus dès le début de la maladie de leur proche dans la discussion, semble être plus facile pour leur adaptation face à la maladie (80). Pour tous les participants de l'étude de FINCH, la peur de la maladie et la crainte de la mort est largement mise en avant. Cette notion de mort se retrouve aussi dans le travail mené par WELCH (77).**

2.5.4 Conclusion

Ainsi, les représentations attribuées par les patients à la maladie sont diverses. Pour certains, elle est associée à la mort. Cette idée se retrouve dans les propos de S. FREUD, de C. HERZLICH, ou de VALABREGA. Pour les patients, se représenter la maladie leur permet de lui attribuer du sens. Cette maladie peut aussi perturber la sphère familiale, donc les accompagnants. Pour tous les patients, la maladie vécue par eux-mêmes ou au travers d'un proche est un traumatisme. **Le proche du sujet malade constitue alors un soutien, une protection, et joue parfois même un véritable rôle maternel. Enfin, pour plusieurs patients, la maladie doit être vécue en famille, collectivement. Cela explique aussi la présence d'un tiers en consultation.**

2.6 L’AFFIRMATION D’UNE RELATION PATIENT-TIERS PRIVILEGIEE EN REPARATION A D’ANCIENNES RELATIONS BLESSEES

La pédopsychiatre E. GRANJON (90), considère que le lien familial constitue:

- le socle inconscient commun et partagé des membres de la famille,
- le lieu d’appareillage des inconscients individuels,
- la base des relations entre les sujets.

Evoquant les couples recomposés, la pédopsychiatre systémicienne A-M. GARNIER raconte que **recevoir en consultation le nouveau couple valide et légitime la nouvelle configuration familiale. Le couple est dans une démarche qui n’est pas toujours consciente de demande de reconnaissance** (91), comme nous avons pu le constater dans notre étude.

Pour le sociologue F. DE SINGLY, les individus sont interdépendants. *« Cette dépendance n’existe pas seulement du fait de l’inachèvement au moment de la naissance, le « petit homme » ne pouvant survivre seul ; elle continue tout au long de l’existence, le « grand homme » ayant, lui aussi, besoin de la connaissance et de la reconnaissance des autres. »* (92). Il explique que dans nos sociétés contemporaines, la quête de sa propre identité étant sans cesse inachevée, elle demande en permanence des liens avec *« des très proches »*.

Evoquant les manques vécus dans le passé par l’individu, la sociologue A. MUXEL explique que *« Dans la panoplie des revendications signifiant la défaillance d’une mémoire familiale heureuse, ce sont les échanges affectifs et la tendresse qui sont le plus souvent désignés. En quelque sorte le plus douloureux. Un père qui ne vous a jamais pris sur ses genoux, une mère à qui l’on ne pouvait pas se confier, une famille dans laquelle on ne communiquait pas. Ce qui est dénoncé, c’est l’impossibilité de se sentir doté d’un capital d’affection et de confiance pour affronter sa propre vie, et pour faire face aux autres, conjoint et enfants. »* (93).

Notre étude met également en évidence chez certains patients, cette notion de relations passées insatisfaisantes. Cela peut être en raison d’un échec conjugal antérieur, mais également en raisons de deuils non faits, ou même un sentiment de ne pas avoir été aimé suffisamment dans son enfance par ses parents. Pour une de nos patientes, c’est

même la maladie qui est à l'origine d'une nouvelle relation mère-fille réparatrice, et même plus que cela, une relation-vengeance.

A travers la venue à deux chez le médecin traitant, plusieurs patients affirment, montrent, exposent, un lien particulier, à part entière. **En venant en consultation à deux, le nouveau couple, quel qu'il soit, cherche à faire valider et légitimer sa nouvelle configuration.** La dyade patient-proche est alors dans **une demande de reconnaissance** qui n'est pas toujours consciente.

2.7 UN TIERS PATIENT PAR PROCURATION

Parmi les patients de notre étude, l'accompagnant d'une patiente semble désirer être patient à la place du patient lui-même. Et il ne s'agit pas de n'importe quel patient, puisque cela concerne la seule femme enceinte de l'échantillon. Ce comportement de l'homme envers son épouse enceinte, c'est la couvade.

D'après P. DE NEUTER (94), le syndrome de la couvade peut prendre différentes formes : douleurs symptomatiques, prise de poids, troubles digestifs... Ce terme comporte également divers comportements non symptomatiques du père, qui trouvent leur genèse « dans l'identification archaïque du petit homme à sa mère. ». Pour S. FREUD, le rite de la couvade serait une tentative visant à « *combattre le doute, jamais entièrement surmontable, concernant la paternité* » (95).

Poursuivant ces idées, le psychologue P. DE NEUTER explique que la grossesse de la compagne sollicite inévitablement chez l'homme, des identifications maternelles inconscientes, plus ou moins refoulées. De la même façon, D. BRUN pense que l'homme face à la grossesse de sa femme, se trouve confronté à un impossible lié à son anatomie masculine (96).

Pour P. DE NEUTER, ce phénomène de couvade peut trouver son origine dans des tendances à satisfaire l'identification maternelle refoulée enfant, et à tenter un dépassement imaginaire de « cet impossible masculin » concernant la procréation (94). Selon lui, l'homme, devenant père, peut s'identifier à la mère ou encore au frère aîné du nouveau-né. Il poursuit plus loin en développant l'idée que, certains hommes identifient leur femme à leur mère, voire à La Mère. Il s'interroge alors : « *Est-il si rare d'ailleurs que les conjoints devenus parents se désignent ou s'appellent l'un l'autre « papa » et « maman » ?* ». Dès lors, il explique que le clivage œdipien qui avait été temporairement dépassé peut alors se rétablir.

Le psychanalyste J-P. VALABREGA (97) quant à lui, pense que la couvade doit être interprétée comme une identification double de l'homme qui devient père. D'une part une

identification à la femme devenant mère, et d'autre part, une identification régressive à l'enfant à naître.

Pour la psychologue A. MOREAU (98), en devenant père, l'homme doit accomplir un travail psychique complexe. Dans un de ses écrits elle évoque le psychiatre R. EBTINGER (1978), qui définit comme suit l'accès à la paternité pour l'homme : *« C'est un moment d'existence où sa structure est mise à la question par l'occasion d'un événement désiré ou redouté qui l'assigne dans le réel de son histoire individuelle, de sa destinée mortelle et l'interpelle au niveau de sa relation fantasmatique à l'image de la femme-mère. »*. Elle cite également la neuropsychiatre M. BYDLOWSKI, pour qui ce qui est refoulé dans la paternité, c'est la dimension féminine de la paternité (99).

Ainsi, ce désir du conjoint d'être présent à tous les examens, toutes les consultations de suivi de grossesse de son épouse, semble s'apparenter à **une couvade**. Le proche se trouve confronté à son **impossibilité en tant qu'homme à être « enceint »**, et **sollicite alors des identifications maternelles, des identifications féminines**.

Ce cas de patient par procuration se limite dans notre étude à un patient : une femme enceinte. Cependant cette notion de patient par procuration pourrait être valable dans d'autres circonstances.

2.8 LIMITES DE LA PRESENCE DU TIERS

2.8.1 Tiers apaisant, mais insuffisamment

A suite de D-W. WINNICOTT, I. BERNATEAU (70) nous montre que la solitude s'apprend en réalité dans et par la présence, et qu'elle est une capacité qui ne peut se développer dans un premier temps qu'en présence de la mère : « *Le fondement de la capacité d'être seul est donc paradoxal puisque c'est l'expérience d'être seul en présence de quelqu'un d'autre* » (100) . Pour D-W. WINNICOTT, la sécurité apportée par la mère rend possible pour son enfant la possibilité d'être seul, « *De cette façon, j'essaie de justifier ce paradoxe que la capacité d'être seul est basée sur l'expérience d'être seul en présence de quelqu'un et que si cette expérience est insuffisante, la capacité d'être seul ne parvient pas à se développer.* » (100). L'auteur évoque cette ambiguïté que constitue la solitude : « *la solitude est à la fois une capacité – la capacité d'être seul qui s'apprend en présence de l'objet et qui définit un espace psychique propre – et un sentiment – l'éprouvé douloureux d'une absence de l'objet qui nous arrache à nous-mêmes.* » (70).

De la même façon, les patients de notre étude ont besoin de ce tiers pour combler leur peur de la solitude. Mais comme on le devine en filigrane des propos de certains, cette présence est insuffisante, puisque même en étant là, l'autre ne comble pas totalement ce sentiment de solitude.

2.8.2 Accompagné, mais sous conditions

Comme nous l'avons vu, la présence du proche a ses limites, en particulier lorsque le corps entre en jeu. En effet, le corps comme objet clinique pour le médecin, semble devenir indécemment à dévoiler aux yeux du partenaire. Cette notion ne concerne que des femmes.

En dépit d'une recherche bibliographique rigoureuse, avec des mots clés adaptés, sur des sites de références (Persée, Cairn, Sudoc, Thèses.fr, NCBI, Springer, EBSCO, Science Direct...) dans les bibliothèques universitaires, ainsi qu'avec l'aide d'une documentaliste, nous n'avons à ce jour retrouvé aucun document dans la littérature abordant de près ou de

loin cette hypothèse. Notre hypothèse ne peut donc pas être confrontée faute de sources dans la littérature.

2.8.3 Conclusion

Ainsi, l'hypothèse selon laquelle la présence du proche a des limites se confirme. **En effet, le proche sollicité en tant que tiers apaisant, est déjà une indication qu'il existe une angoisse, et que dans tous les cas, elle ne sera pas totalement apaisée.**

La figure parentale insuffisamment apaisante dans l'enfance, ne le sera pas davantage à l'âge adulte. **Le proche, quel que soit son statut, ne peut éliminer l'angoisse du patient.**

Tout comme l'enfant, tel que l'a démontré D-W. WINNICOTT (51), **le patient doit assumer sa propre solitude.**

V. CONCLUSION

Cette étude est née de l'observation des consultations, au cours desquelles les patients, non dépendants physiquement et psychiquement venaient accompagnés d'un tiers. Elle s'inscrit dans une perspective de contribution à une **approche empathique pour les médecins généralistes**.

L'objectif était de rechercher, par entretiens semi directifs, certains **déterminants**, certaines interactions et événements de vie concernant les patients, qui permettent de comprendre une logique d'action, et d'**élaborer des hypothèses** sur le sens possible de cette pratique.

A travers les discours qu'ils choisissent de livrer, il a été mis en évidence un ensemble de caractéristiques communes reliant ces patients. Que ce soit accompagné de son conjoint, de son parent, ou de son enfant, venir accompagné pour les patients non dépendants semble s'inscrire dans **un processus de protection contre les médecins dont ils ont une perception négative**. Ces médecins, les patients s'en méfient. Indisponibles, ils déshumanisent parfois la relation médecin-patient, ne sont pas à l'écoute, ne sont pas toujours compréhensibles, leur manquent parfois de respect. Ils peuvent être dangereux, ne disent pas toujours la vérité, et manquent dans certains cas d'humilité. Le proche est alors un véritable bouclier, qui protège le patient de cette peur des médecins. Ce rôle protecteur, c'est dans l'enfance les parents qui l'assuraient. **La peur de la maladie** est aussi une constante dans les discours des patients. Sournoise, perfide, elle peut leur « tomber dessus » sans prévenir. Cette maladie, c'est à la fois le patient qui la redoute, mais aussi son proche, qui la craint pour celui avec qui il entretient une relation affective. Le tiers constitue un élément de réassurance pour le patient. Cette maladie, **c'est aussi collectivement qu'ils veulent l'affronter**. Vécu d'histoires de vie singulières avec leurs parents, besoin inassouvi d'amour parental, **les patients reproduisent avec leur proche une relation infantile passée**, voire une relation triangulaire avec le médecin.

Aussi, venir avec son proche s'inscrit dans un **désir d'affirmation et de légitimation de cette relation patient-proche, qui souvent vient réparer une autre relation blessée**. Elle prend une fonction symbolique de réparation, en lien avec des relations passées vécues de façon malheureuse ou traumatique.

Pour d'autres encore, la venue avec le proche est une manière pour celui-ci de vivre la consultation par procuration, d'**être patient par procuration**. Cette hypothèse concerne la dyade avec la patiente enceinte. Il s'agit d'une forme de couvade, traduisant une manière pour l'époux, de tenter de réaliser un fantasme de grossesse.

Dans la population étudiée, une constante semble évidente : celle du besoin de se protéger avec leur proche contre les médecins dont ils semblent avoir peur. Parmi eux, trois profils dominants de patients émergent, ceux ayant :

- Un besoin de protection contre la maladie qu'ils redoutent, et qu'ils souhaitent affronter collectivement.
- Un sentiment de manque parental, ayant pour conséquence un transfert de l'image parentale sur le proche
- Un besoin d'affirmer une relation nouvelle, qui vient cicatriser d'anciennes relations blessées.

Deux limites à la présence du tiers sont mises en évidence. Présence apaisante recherchée, le proche n'apaise pas totalement les craintes du patient. Le proche, quel que soit son statut, ne peut éliminer l'angoisse du patient. D'autre part, il semble que pour certaines patientes de l'étude, la présence du proche, bien que recherchée lors de la consultation médicale, soit embarrassante lorsqu'il s'agit de mettre son corps à nu devant le médecin.

Ces hypothèses soulèvent de nombreuses questions, telles que les représentations de l'accompagnant sur les déterminants soulevés. L'exploration des représentations liées à la maladie d'un proche chez l'accompagnant et chez le patient lui-même, sont indispensables pour approfondir notre compréhension de l'expérience de la maladie dans une perspective relationnelle entre médecin-patient. Mais aussi, qu'en est-il du vécu des accompagnants de ces patients?... Et des médecins généralistes qui les prennent en charge? Nos hypothèses auraient-elles pu varier si une telle étude avait été effectuée dans un milieu socio-culturel différent? D'autre part, il serait intéressant de chercher à éclaircir de qui les patients de notre étude ont vraiment une image péjorative : s'agit-il de leur propre médecin

traitants?... des médecins traitants ? ...des médecins? ou du monde médical plus généralement?

Par ailleurs, les différentes études qui portent sur la perception des médecins généralistes renvoient une image globalement très positive de ces derniers. Il serait intéressant de comprendre les ressorts de la contradiction entre résultats d'études quantitatives anonymes et hors contexte d'une part, et études qualitatives en tête à tête et contextualisées.

Enfin, ces hypothèses présentent un intérêt pour les médecins généralistes qui chaque jour rencontrent ces patients dans leur cabinet. En effet, une meilleure intelligibilité par les médecins du mode de fonctionnement de ces patients parfois mal compris, peut alors permettre une facilitation de la relation médecin-patient, donc de l'alliance thérapeutique, et ainsi, de la prise en charge des patients.

« La recherche qualitative de terrain est une aventure. »

PAILLE et MUCCHIELLI (25)

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Schilling L, Scatena L, Steiner J, Albertson G, Lin C-T, Cyran L, et al. The third person in the room: Frequency, role, and influence of companions during primary care medical encounters. *J Fam Pract.* août 2002;51(8):685-90.
2. Greene M, Majerovitz D, Adelman R, Rizzo C. The effects of the presence of a third person on the physician-older patient medical interview [Internet]. National Center for Biotechnology Information. [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8144827>
3. Fantino B, Wainsten J-P, Bungener M, Joublin H, Brun-Strang C. Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient. *Santé Publique.* 2007;19(3):241-52.
4. Shields C, Epstein R, Fiscella K, Francks P, McCann R, McCormick K, et al. Influence of accompanied encounters on patient-centeredness with older patients [Internet]. *Journal of the American board of family medicine.* 2005 [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: http://www.jabfm.org/content/18/5/344.abstract?ijkey=8aa484ba6a7c33db7a2505fae5b7a1b9cbc121b2&keytype=tf_ipsecsha
5. Wolff J, Roter D. Medical visit companions as a resource for vulnerable older adults [Internet]. *The JAMA Network.* 2008 [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=414353>
6. Rose S, Zientara B, Lurcel J. La relation à trois dans la consultation avec un patient âgé. *Neurol-Psychiatr-Gériatrie.* mars 2008;8:35-44.
7. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique; 2005. 840 p.
8. Ruszniewski M, Zittoun R. Face à la maladie grave: patients, familles, soignants. Paris: Dunod; 1995. 206 p.
9. Aujoulat I, Libion F, Martin F, Deccache A. Communication difficulties of healthcare professionals and family caregivers of HIV infected patients. *Patient Educ Couns.* nov 2001;(47):213-22.
10. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* avr 1977;196(4286):129-36.
11. Vannotti M. Modèle bio-médical et modèle bio-psycho-social [Internet]. *Cerfasy.* [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: http://www.cerfasy.ch/cours_modbmbps.php
12. Wonca Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille [Internet]. *Wonca Europe.* 2002 [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/content/france-la-definition-europeenne-de-la-medecine-generale-%E2%80%93-medecine-de-famille>
13. Moley-Massol I. Relation médecin-malade: enjeux, pièges et opportunités : situations pratiques. *DaTeBe.* Courbevoie; 2007. 131 p.
14. Reynaert C, Libert Y, Jacques D, Zdanowicz N. Autour du corps souffrant : relation médecin-patient-entourage, trio infernal ou constructif ? *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux.* 2006;36(1):103.

15. Rosland A-M, Piette J, Heisler M. Family and friend participation in primary care visits of patients with diabetes or heart failure: patient and physician determinants and experiences [Internet]. National Center for Biotechnology Information. 2011 [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3712763/>
16. Ishikawa H, Hashimoto H, Yano E. Patient contribution to the medical dialogue and perceived patient-centeredness [Internet]. Journal of General Internal Medicine. [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490229/?report=reader>
17. Larousse. Définitions : proche [Internet]. Dictionnaire de français Larousse. [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/proche/64071>
18. Littré. « Proche », définition dans le dictionnaire Littré [Internet]. Dictionnaire Littré. [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.littre.org/definition/proche>
19. Larousse. Définitions : tiers [Internet]. Dictionnaire de français Larousse. [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/tiers/78041?q=tiers#77120>
20. Littré. « Tiers », définition dans le dictionnaire Littré [Internet]. Dictionnaire Littré. [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.littre.org/definition/tiers>
21. Larousse. Définitions : accompagnant [Internet]. Dictionnaire de français Larousse. [cité 1 nov 2014]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagnant/10910263?q=accompagnant#905542>
22. Larousse. Définitions : patient, patiente [Internet]. Dictionnaire de français Larousse. [cité 1 nov 2014]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/patient/58655?q=patient+patiente#58298>
23. Littré. « Patient », définition dans le dictionnaire Littré [Internet]. Dictionnaire Littré. [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.littre.org/definition/patient>
24. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Armand Colin. Paris: A. Colin; 2010. 126 p.
25. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin. Paris: A. Colin; 2012. 423 p.
26. Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. mai 2002;3(2):81-90.
27. Desjeux D, Alami S, Garabau-Moussaoui I. Les méthodes qualitatives. puf. Paris; 2010. 126 p.
28. Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain produire et analyser des données ethnographiques. La Découverte. Paris: La Découverte; 2010. 334 p.
29. INSEE. Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques. [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/pcs2003.htm>
30. Devereux G. De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement. Paris: Flammarion; 1980. 474 p.

31. Andrades M, Kausar S, Ambreen A. Role and influence of the patient's companion in family medicine consultations: « the patient's perspective' [Internet]. National Center for Biotechnology In Information. 2013 [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3902688/?report=reader>
32. Brown J-B, Brett P, Stewart M, Marshall J-N. Roles and influence of people who accompany patients on visits to the doctor. [Internet]. National Center for Biotechnology In Information. 1998 [cité 1 nov 2014].
Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2277722/>
33. Bonnet J-B. Image du médecin généraliste par les patients étude auprès d'une population de l'agglomération nantaise par la méthode du focus group [Internet]. [Nantes]: Nantes; 2009 [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=4abda022-0dac-4edf-aaf5-28c69f716198>
34. Favez N. L'examen clinique du couple: Théories et instruments d'évaluation. Mardaga. Bruxelles: Mardaga; 2013. 356 p.
35. Bowlby J. Attachement et perte - L'attachement. Paris: PUF; 1978. 539 p.
36. Bowlby J, Holmes J, Wiart Y. Le lien, la psychanalyse et l'art d'être parent. Paris: A. Michel; 2011. 274 p.
37. Bowlby J. Attachement et perte - La perte - Tristesse et dépression. Paris: PUF; 1978. 604 p.
38. Delage M, Bastien Flamain B, Baillet-Lussiana S, Le breton Linda. Application de la théorie de l'attachement à la compréhension et au traitement du couple [Internet]. Cairn.info. 2004 [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=TF_042_0171
39. Duruz N. La psychothérapie individuelle d'orientation systémique : une thérapie sans famille ? *Thérapie Fam.* 2011;32:331-47.
40. Israël L. Le médecin face au malade. Dessart et Mardaga. Bruxelles: Ch. Dessart; 1971. 338 p.
41. Grumbach K, Selby J, Damberg C, Bindman A, Quesenberry C, Truman A, et al. Resolving the gatekeeper conundrum: what patients value in primary care and referrals to specialists [Internet]. JAMA Network. 1999 [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=190758>
42. BVA. Le rôle et la place du médecin généraliste en France [Internet]. BVA. 2008 [cité 1 nov 2014]. Disponible sur : http://www.bva.fr/fr/sondages/le_role_et_la_place_du_medecin_generaliste_en_france.html
43. URML Rhône-Alpes. Etude sur les attentes et les représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale : enquête auprès de la patientèle des médecins généralistes de Rhône-Alpes. [Internet]. Banque de données en santé publique. 2005 [cité 5 août 2014]. Disponible sur: http://www.urps-med-ra.fr/upload/urmlra/urm_etude/pj/MUTATIONS_MED_GENE_2.pdf
44. Mousel C. Le médecin généraliste en 2007 : Evolution en 25 ans de l'image du praticien et des attentes des patients. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 108 sujets de la Vallée de la Fensch et du Pays Haut Lorrain [Internet]. [Nancy]: Henri Poincaré; 2009 [cité 1 nov 2014]. Disponible sur : http://petale.univ-lorraine.fr/thematic-search.html?menuKey=tef_ex&submenuKey=authors&id=mousel_catherine

45. Ipsos. La bonne image des généralistes [Internet]. Ipsos. 2007 [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: <http://62.23.26.240/ipsos-public-affairs/actualites/2007-02-28-bonne-image-generalistes>
46. Ipsos. La médecine de proximité [Internet]. Ipsos. 2004 [cité 13 août 2014]. Disponible sur: <http://www.ipsos.fr/ipsos-marketing/sondages/medecine-proximite>
47. Corre S. Représentation sociale du médecin généraliste dans la population lorraine en 2013. Connaissance de la population sur le métier de médecin généraliste. [Internet]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2013 [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: <http://petale.univ-lorraine.fr/notice/view/univ-lorraine-ori-23957?resultBackUrl=>
48. CSA. Les Français aiment-ils encore leurs médecins? [Internet]. CSA. 2007 [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.csa.eu/multimedia/data/sondages/data2007/opi20070207a-les-francais-aiment-ils-encore-leurs-medecins.htm>
49. Daumas A-C. Dessine ton docteur : l'image du médecin dans des dessins d'enfants âgés de 6 à 9 ans [Internet]. [Nantes]: Nantes; 2013 [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=c4ea550c-a368-4808-860d-6f34b854b85e>
50. Ipsos. Les Français et la santé [Internet]. Ipsos. 2005 [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.ipsos.fr/ipsos-public-affairs/sondages/francais-et-sante>
51. Winnicott D. La mère suffisamment bonne. Paris: Payot & Rivages; 2006. 122 p.
52. Delage M, Zucker J-M. Qu'en est-il du sentiment de guérison chez le jeune adulte atteint d'un cancer dans l'enfance ou dans l'adolescence ? *Psycho-Oncol.* déc 2009;3(4):226-31.
53. Pennbrant S. A trustful relationship-the importance for relatives to actively participate in the meeting with the physician [Internet]. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being.* 2008 [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.ijqhw.net/index.php/qhw/article/view/20608>
54. Smadja E. Le couple et son histoire. 1. ed. Paris: Presses universitaires de France; 2011. 287 p.
55. Robert P. Les liens de couple. *Rev Psychothérapie Psychanal Groupe.* 2009;45(2):159-65.
56. Neuter P de. Clinique du couple. Ramonville Saint-Agne: Erès; 2007. 253 p.
57. Freud S. Cinq leçons sur la psychanalyse - suivi de Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique. Petite Bibliothèque Payot. Paris: Payot; 2001. 187 p.
58. Grimaldi A, Cosserat J. La relation médecin-malade. Paris: Elsevier; 2004. 202 p.
59. Balint M, Valabrega J-P. Le Médecin, son malade et la maladie. Payot. Paris: Payot; 1998. 418 p.
60. Delage M. La thérapie du couple et de la famille revisitée à travers la théorie de l'attachement [Internet]. Cairn.info. 2005 [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2005-4-page-407.htm>
61. Tribolet S. Freud, Lacan, Dolto enfin expliqués! Bordeaux: L'Esprit du temps; 2008. 216 p.
62. Freud S. Abrégé de psychanalyse. Paris: Presses universitaires de France; 1992. 84 p.

63. Lacan J. Le séminaire de Jacques Lacan 4, 4,. Paris: Éd. du Seuil; 1994. 434 p.
64. Smadja E, Garcia V. Introduction à une approche psychanalytique du couple. J Psychol. 2011;284(1):24-9.
65. Bretonnière-Fraysse A. « Ils se marièrent et eurent beaucoup d'enfants... » Et après ? Souffrances conjugales et maux d'enfants. Eres. 2001. 88 p.
66. Hefez S. La danse du couple. Hachette Littérature. Paris: Hachette; 2005. 218 p.
67. Herzlich C, Moscovici S. Santé et maladie analyse d'une représentation sociale. Paris: École des hautes études en sciences sociales; 2005. 210 p.
68. Favez N. L'examen clinique de la famille: modèles et instruments d'évaluation. Wavre: Mardaga; 2010. 377 p.
69. Castellan Y. Le sentiment de solitude. J Psychol. 2009;(273):54-7.
70. Bernateau I. La solitude, entre rencontre de l'intime et arrachement à soi [Internet]. Cairn.info. 2012 [cité 1 nov 2014]. Disponible sur : http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=ADO_080_0447
71. Denans J, Ham M. Adolescence, solitude et lien social. Perspectives métapsychologiques et cliniques. GREUPP; 2008. 192 p.
72. Ifop. Les français, l'information santé et la peur de la maladie [Internet]. Ifop. 2014 [cité 1 nov 2014]. Disponible sur : http://www.ifop.com/?option=com_publication&type=poll&id=2527
73. Fischer G-N. Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé. Paris: Dunod; 2006. 268 p.
74. Bruchon-Schweitzer M. Psychologie de la santé: Modèles, concepts et méthodes. Paris: Dunod; 2002. 440 p.
75. Gennart M, Vannotti M, Zellweger J-P. La maladie chronique : une atteinte à l'histoire des familles. Thérapie Fam. 2001;22:231-50.
76. Beugnot S, Roy L. Thérapie de groupe systémique en oncologie: faire face à la crise relationnelle. Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 2009;43(2):239-59.
77. Welch A, Wadsworth M, Compas B. Adjustment of children and adolescents to parental cancer: Parents' and children's perspectives [Internet]. Wiley online library. 1998 [cité 1 nov 2014]. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/%28SICI%291097-0142%2819960401%2977:7%3C1409::AID-CNCR28%3E3.0.CO;2-4/abstract>
78. Forrest G, Plumb C, Ziebland S. Breast cancer in the family-children's perceptions of their mother's cancer and its initial treatment: qualitative study [Internet]. The BMJ. 2006 [cité 1 nov 2014]. Disponible sur : <http://www.bmj.com/content/332/7548/998>
79. Barnes J, Kroll L, Lee J, Burke O, Jones A, Stein A. Factors predicting communication about the diagnosis of maternal breast cancer to children. J Psychosom Res. nov 2001;209-14.

80. Finch A, Gibson F. How do young people find out about their parent's cancer diagnosis: A phenomenological study. *Eur J Oncol Nurs*. juill 2009;13(3):213-22.
81. Kennedy V, Looyd-Williams M. Information and communication when a parent has advanced cancer. *J Affect Disord*. avr 2009;114(1-3):145-55.
82. Goldbeter-Merinfeld E. Générations et transmission [Internet]. Cairn.info. 2007 [cité 1 nov 2014]. Disponible sur : http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=CTF_038_0005&DocId=41785&Index=%2Fcairn2Idx%2Fcairn&TypeID=226&BAL=aniC55WNOg5.k&HitCount=6&hits=2c1+2c0+251+250+166+165+0&fileext=html#no1
83. Rini C, Jandorf L, Itzkowitz S. Interpersonal influences on patients' surgical decision making: the role of close others [Internet]. National Center for Biotechnology Information. [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3113663/?report=reader>
84. Paradis M, Pelicier N, Consoli S-M, Lucas V, Jian R, Andrieu J-M. Influence de la communication à propos du cancer d'un parent sur la souffrance des enfants. *Rev Médecine Interne*. juin 2008;29(12):986-93.
85. Duhamel F, Dupuis F, Reidy M. Les représentations sociales liées à l'insuffisance cardiaque chez les couples dont un membre est atteint de la maladie. *Rech Soins Infirm*. sept 2011;(106):59-70.
86. Slavin L, O'Malley J, Koocher G, Foster D. Communication of the cancer diagnosis to pediatric patients: impact on long-term adjustment [Internet]. *The American journal of psychiatry*. 1982 [cité 18 août 2014]. Disponible sur: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=159599>
87. Visser A, Huizinga G, Van der Graaf W, Hoekstra H, Hoekstra-Weebers J. The impact of parental cancer on children and the family: a review of the literature. *Cancer Treat Rev*. déc 2004;30(8):683-94.
88. Bersay C. La peur de la mort [Internet]. Cairn.info. 2008 [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=ESLM_134_0125
89. Flick U. La perception quotidienne de la santé et de la maladie: théories subjectives et représentations sociales. Paris: L'Harmattan; 1993. 399 p.
90. Granjon E. Les configurations du lien familial. *Rev Psychothérapie Psychanal Groupe*. 2005;45(2):151.
91. Garnier A-M, Mosca F. Composer avec l'idée de famille: Recomposition familiale : risque ou banalité ? *Thérapie Fam*. 2001;22(2):105.
92. Singly F de. Le soi, le couple et la famille. Paris: Pocket; 2005. 412 p.
93. Muxel A. Individu et mémoire familiale. Paris: Nathan; 2002. 226 p.
94. De Neuter P. Malaises et mal-être dans la paternité [Internet]. Cairn.info. 2001 [cité 1 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2001-1-page-49.htm>

95. Freud S. La vie sexuelle. 4^e éd. Vendôme; 1969. 159 p.
96. Brun D. La maternité et le féminin. Paris: Denoël; 1990. 280 p.
97. Valabrega J-P. Introduction: La psychanalyse est une anthropologie. Cairn.info. 2001.
98. Moreau A. De l'homme au père : un passage à risque: Contribution à la prévention des dysfonctionnements de la parentalité précoce [Internet]. Cairn.info. 2001 [cité 1 nov 2014]. Disponible sur :
http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=DIA_152_0009&DocId=62431&Index=%2Fcairn2Idx%2Fcairn&TypeId=226&BAL=anL3kJOM4sFno&HitCount=4&hits=d80+d7f+15+14+0&fileext=html#hit1
99. Bydlowski M. La dette de vie: itinéraire psychanalytique de la maternité. Paris: Presses universitaires de France; 2008. 213 p.
100. Winnicott D. La mère suffisamment bonne. Paris: Payot & Rivages; 2006. 122 p.

VII. TABLE DES MATIERES

Remerciements aux membres du jury	2
Remerciements	4
Sommaire	6
Abréviations	9
I. INTRODUCTION	11
1. Problématique	12
1.1 Contexte de l'étude	12
1.2 Constats sur le thème abordé	14
1.3 Définitions	18
2. Question de Recherche	19
3. Objectifs de l'Etude	20
II. METHODE	21
1. Le Type d'Etude	22
2. La Population Etudiée	23
2.1 Critères d'inclusion	23
2.2 Critères de non-inclusion	23
2.3 Echantillon	24
3. Le Déroulement de l'Etude	25
3.1 Recrutement des patients	25
3.2 Prise de rendez-vous et présentation du sujet	25
3.3 Réalisation d'un guide d'entretien	26
3.4 Déroulement des entretiens	27
3.5 Retranscription des entretiens et anonymisation des données	29
3.6 Considérations éthiques	29
4. Analyse des Résultats	30
III. RESULTATS	31
1. La Population Etudiée	32
1.1 Echantillon	32
1.2 Age des Patients	32
1.3 Sexe	32
1.4 Nationalité	32
1.5 Lieu de résidence	32
1.6 Niveau d'études	32
1.7 Catégories socioprofessionnelles	33

1.8	Situation Familiale	34
1.9	Motif de la consultation	35
1.10	Antécédents Notables des Patients.....	35
2.	Les Entretiens	36
2.1	Temporalité	36
2.2	Lieu	36
2.3	Durée	36
2.4	Sujets abordés	36
3.	Analyse Conceptuelle	37
3.1	Un besoin de justification.....	37
3.1.1	La nécessité d'un chauffeur.....	37
3.1.2	Occupation pour le tiers	39
3.1.3	Aller voir la famille.....	39
3.1.4	Un médecin qui suit toute la famille	39
3.1.5	Une habitude.....	39
3.1.6	Poser des questions au médecin au sujet du patient.....	39
3.1.7	Rien à cacher	40
3.1.8	Conclusion	40
3.2	Une perception négative des médecins	41
3.2.1	Une perception contrastée des médecins et du monde médical	41
3.2.2	La consultation médicale toujours vécue dans la crainte	49
3.2.2.1	La peur d'entendre une mauvaise nouvelle	49
3.2.2.2	La crainte de ne pas réussir à communiquer avec le médecin.....	49
i.	Ne pas comprendre le jargon médical	49
ii.	Ne pas réussir à se faire comprendre par le médecin.....	49
iii.	Oublier les propos du médecin	50
iv.	Un tiers qui déchiffre le jargon médical	50
v.	Un tiers qui parle à la place du patient	51
3.2.3	Une enfance marquée par de nombreux contacts avec les médecins	52
3.2.4	Des parents ayant joué un rôle de médiateur apaisant entre le patient et les médecins	53
3.2.5	Le corps comme objet de fragilité.....	53
3.2.5.1	Un corps comme faiblesse.....	53
3.2.5.2	Une maladie transformant le corps.....	54

3.2.5.3	Une grossesse faisant mal au corps.....	54
3.2.6	Conclusion	55
3.3	Des histoires singulières de relation avec les figures parentales.....	56
3.3.1	Un besoin inassouvi de protection parentale	56
3.3.1.1	Des parents ou des images parentales absentes durant l'enfance.....	56
3.3.1.2	Une absence parentale douloureuse, seule figure à laquelle s'identifier.....	58
3.3.1.3	Tentative de reconstruction du triangle familial père-mère-enfant.....	59
3.3.1.4	Une relation d'infantilisation.....	60
3.3.1.5	Un cordon non coupé entre la fille et sa mère.....	60
3.3.2	L'assouvissement d'un besoin filial	61
3.3.2.1	Une figure de père.....	61
3.3.2.2	Une figure de mari et de père pour sa fille	62
3.3.3	Une relation de dépendance fusionnelle entre le patient et son proche	63
3.3.4	Un besoin de compagnie.....	65
3.3.4.1	Un vécu de frustration responsable d'un sentiment de solitude.....	65
i.	Des choix de vie non assumés	65
ii.	Un état de santé, contrainte pour les loisirs	67
3.3.4.2	Une peur de la solitude suite à des décès	67
3.3.5	Conclusion	68
3.4	La maladie, évènement redouté et redoutable	69
3.4.1	Perception de la maladie.....	69
3.4.2	La recherche d'un soutien face à la maladie	70
3.4.2.1	Une phobie de la maladie.....	70
i.	Origine de cette phobie.....	70
ii.	Conséquences de cette phobie	75
3.4.2.2	La maladie, symbole de toute une vie.....	77
3.4.2.3	Un rapport à la mort très présent	78
3.4.2.4	Une grossesse difficile à assumer.....	80
3.4.3	Comportement du proche.....	82
3.4.3.1	Accompagner pour surveiller l'autre.....	82
3.4.3.2	Dissimulation de la vérité par rapport à la santé d'un proche.....	83
3.4.3.3	La crainte des accompagnants, déterminant de leur présence	84
3.4.3.4	Un antécédent d'interruption médicale de grossesse	84
3.4.3.5	Une fille ayant subi un grave accident	85

3.4.4	La maladie comme réalité collective	85
3.4.4.1	Concerne largement l'entourage du malade	85
3.4.4.2	Déstabilisant un système familial et professionnel.....	86
3.4.4.3	La maladie comme facteur de socialisation	88
3.4.5	Conclusion	88
3.5	L'affirmation d'une relation patient-tiers privilégiée en réparation à d'anciennes relations blessées	90
3.5.1	Des relations passées douloureuses	90
3.5.1.1	Un père « agressif ».....	90
3.5.1.2	Un manque d'amour parental.....	90
3.5.1.3	Des proches décédés.....	91
3.5.1.4	Un mari volage et alcoolique.....	91
3.5.1.5	Un vécu abandonnique.....	91
3.5.2	Etre accompagné pour être l'objet de l'attention de l'autre	93
3.5.3	Conclusion	94
3.6	Un tiers, patient par procuration	95
3.7	Limites de la présence du tiers.....	97
3.7.1	Tiers apaisant, mais insuffisamment	97
3.7.2	Etre accompagné, mais sous conditions	98
3.7.3	Conclusion	99
IV.	DISCUSSION	100
1.	Discussion de la Méthode	101
1.1	Recrutement.....	102
1.2	Informations délivrées par les patients.....	102
1.3	La méthode de recueil des données	103
1.4	Présentation de l'enquêteur	103
1.5	Points faibles et Difficultés rencontrées	104
1.5.1	Entretiens semi-directifs	104
1.5.2	Présence du tiers	104
1.5.3	Langage non verbal	105
1.5.4	Evaluation du guide d'entretien.....	105
1.5.5	Sujet peu étudié dans la littérature.....	105
1.6	Points forts	105
1.6.1	Recrutement des patients	105

1.6.2	Relation de confiance	106
1.6.3	Discours des patients.....	106
2.	Discussion des Résultats.....	107
2.1	La population étudiée.....	107
2.2	Un besoin de justification.....	109
2.3	Un besoin de protection contre les médecins	111
2.3.1	Protection et attachement	111
2.3.2	Perception des médecins	112
2.3.3	Exigences et choix du médecin traitant.....	117
2.3.4	Parents, médiateurs apaisants	118
2.3.5	Tiers traducteurs, tiers porte-parole	119
2.3.6	Conclusion	121
2.4	Le tiers, figure parentale de substitution	123
2.4.1	Transfert et complexe d'Œdipe	123
2.4.2	Fusion patient-proche	126
2.4.2.1	Indifférenciation mère-nourrisson	126
2.4.2.2	Indifférenciation de soi.....	127
2.4.3	Peur de la solitude, peur de la mort.....	128
2.4.4	Conclusion	130
2.5	Le tiers, protecteur face à la maladie.....	131
2.5.1	La Recherche d'un soutien face à la maladie	131
2.5.1.1	Perception de la maladie.....	131
2.5.1.2	Maladie et systémie	134
2.5.1.3	Expérience personnelle ou familiale de la maladie et peur de la maladie.....	135
2.5.1.4	Protection et soutien du tiers.....	136
2.5.2	Un tiers inquiet pour le patient	138
2.5.3	La maladie comme réalité collective	140
2.5.4	Conclusion	141
2.6	L'affirmation d'une relation patient-tiers privilégiée en réparation à d'anciennes relations blessées	142
2.7	Un tiers patient par procuration	144
2.8	Limites de la présence du tiers.....	146
2.8.1	Tiers apaisant, mais insuffisamment	146
2.8.2	Accompagné, mais sous conditions.....	146

2.8.3	Conclusion	147
V.	CONCLUSION	148
VI.	BIBLIOGRAPHIE	152
VII.	TABLE des MATIERES	160
VIII.	ANNEXES.....	167
ANNEXE 1.	Guide d’Entretien	168
ANNEXE 2.	Tableau des Caractéristiques des Patients	169
ANNEXE 3.	Les Entretiens	170

VIII. ANNEXES

ANNEXE 1. Guide d'Entretien

MALADIE		
1	SE DEBROUILLER avec la MALADIE	Comment vous débrouillez vous d'une manière générale avec les maladies, les problèmes liés à la santé ?
2	CONTEXTE lors de la dernière consultation	Y avait-il un contexte particulier lors de cette consultation ?
3	AUTOMEDICATION	Racontez-moi dans quelles circonstances vous pratiquez l'automédication ?
4	QUAND CONSULTER	Lorsque vous êtes malade, allez-vous rapidement chez votre médecin traitant ou bien attendez-vous avant de consulter ? Vous pouvez m'en parler ?
5	SPECIALISTES	Dans quelles circonstances avez-vous recours aux médecins spécialistes ?
6	INQUIETUDE SANTE	Racontez-moi des événements, des moments dans votre vie où vous avez pu avoir des inquiétudes pour votre santé ?
7	MALADIES GRAVES	Avez-vous déjà eu des maladies graves ou bien des problèmes préoccupants liés à la santé (2 nd e formulation pour faire évoquer par ex fausse-couche/IVG/...) ? Si oui, vous pouvez me raconter comment cela s'est passé, comment vous avez géré cette situation ?
8	si MALADIE CHRONIQUE	Racontez-moi comment vous gérez votre diabète/asthme/insuffisance cardiaque...
9	SOUVENIRS D'ENFANCE	Vous pouvez me parler de souvenirs d'enfance chez le médecin ? Racontez moi.
10	SOUVENIRS D'ENFANCE	Vous souvenez vous de votre 1 ^{er} souvenir chez le médecin ? Vous pouvez me raconter ?
11	MALADIES ENFANCE	Avez-vous eu des maladies dans votre enfance ? Vous pouvez me raconter ?
12	MALADIE D'UN PROCHE	Avez-vous déjà été confronté à la maladie d'un proche ? Vous pouvez me raconter ?

RELATION AU TIERS		
13	EVOQUER ACCOMPAGNANT	Parlez-moi de votre mari/épouse/frère/voisin dans tout cela ?...
14	AUTRE CIRCONSTANCES ACCOMPAGNEMENT	Pouvez-vous me parler d'autres circonstances où vous vous faites accompagner par votre mari/épouse/frère/voisin... ?
15	CONTEXTE DERNIERE CONSULTATION	Racontez-moi dans quelles contexte/circonstances vous avez consulté la dernière fois ? (jour du « recrutement », professionnel ou familial)
16	SI ABSENCE ACCOMPAGNANT	Allez-vous toujours au rendez-vous avec votre conjoint/ami... ? Si oui et si cette personne n'est pas là au rendez-vous, comment se passe pour vous la consultation ?
17	COUPLE	Pouvez-vous me raconter votre histoire à tous les deux ?

ANNEXE 2. Tableau des Caractéristiques des Patients

Code Entretien	Age*	Sexe	Situation Familiale	Lien avec le proche	Sexe du proche	Motif de Consultation	Pathologie**	Antécédents Notables	Milieu de Vie	Niveau d'Etudes	Profession	CSP*** (INSEE)
A	34	F	Mariée	Epoux	M	Contracture musculaire trapèze	Aigue	-	Rural	CAP BEP vente en boulangerie	Employée polyvalente en restauration	CSP 5
B	46	F	Divorcée	Fille	F	Suite fracture poignet	Chronique	Adénofibrome	Rural	CAP BEP puis BTS comptabilité	Employée dans la reproduction de poussins	CSP 6
C	54	M	Marié	Epouse	F	Contracture musculaire pectoral	Aigue	Diabète de type 2	Urbain	CAP mécanique	Soudeur	CSP 6
D	55	M	Marié	Epouse	F	Hernie discale	Aigue	Hypertension artérielle	Urbain	IUFM et faculté de sciences économiques et sociales	Professeur des écoles	CSP 4
E	61	M	Divorcé, concubinage	Concubine	F	Signes fonctionnels urinaires (prostatite)	Aigue	Dépressions et crises d'angoisses	Rural	Aucun diplôme	Retraité. Agriculteur puis ouvrier usine	CSP 7
F	46	M	Divorcé, concubinage	Concubine	F	Suite malaise compliqué traumatisme crânien et fractures vertébrales multiples	Aigue	-	Rural	BTS agricole	Agriculteur bovin	CSP 1
G	67	F	Mariée	Epoux	M	Renouvellement	Chronique	Syringomyélie	Urbain	BAC et 1ère année Lettres Modernes	Bibliothécaire. Mère au foyer	CSP 7
H	69	F	Veuve, un compagnon sans concubinage	Concubin	M	Renouvellement	Chronique	Hypercholestérolémie	Rural	Certificat d'étude	Retraitée. Mécanicienne en confection	CSP 7
I	25	F	Concubinage	Mère	F	Renouvellement, troubles du sommeil et administratif	Chronique	-	Urbain	CAP petite enfance	Au chômage. CAP petite enfance	CSP 8
J	31	F	Mariée	Epoux	M	Suivi de grossesse et sciatique	Aigue	-	Rural	Master communication, marketing et ressources humaines	Consultante indépendante en communication, éleveuse de chevaux et vendeuse	CSP 3
K	65	F	Mariée	Epoux	M	Renouvellement et contrôle biologique	Chronique	Hypothyroïdie	Urbain	Certificat d'étude	Retraitée. Mère au foyer	CSP 7
L	19	F	Concubinage	Concubin	M	Traumatisme genou	Aigue	-	Rural	BAC et 1ère année en Droit	Etudiante en droit	CSP 8
M	26	F	Concubinage	Concubin	M	Certificat médical, renouvellement pilule et inquiétude santé.	Aigue	-	Urbain	BTS	Chargée de clientèle dans une banque	CSP 3

*Age au moment de l'entretien

**Pathologie lors de la consultation

***Catégorie Socio-Professionnelle

ANNEXE 3. Les Entretiens

Les entretiens sont sur CD-ROM à la fin de la thèse.

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

POUR QUELLES RAISONS LES PATIENTS NON DEPENDANTS VIENNENT ILS**CONSULTER ACCOMPAGNES D'UN PROCHE EN MEDECINE GENERALE ?**

RESUME

CONTEXTE et OBJECTIFS. Les constatations cliniques faites au cours des études, à l'occasion de consultations pour lesquelles le patient se faisait accompagner par un proche sans nécessité matérielle ou relationnelle évidente, ont conduit à nous interroger sur les logiques de ces patients, sur le rôle, symbolique ou non, joué par ce proche. Cette étude tente de comprendre comment cette pratique, quotidienne en médecine générale, s'inscrit dans la trajectoire de vie du patient, à quelles logiques elle répond, de quels déterminants elle dépend et quel sens on peut y trouver.

METHODE. Une enquête qualitative, par entretiens semi-directifs, a été menée auprès de patients majeurs et sans troubles cognitifs consultant régulièrement leur médecin traitant accompagné d'un proche, sans nécessité matérielle ou langagière. Les entretiens, centrés sur leur usage de la consultation de médecine générale et sur leurs pratiques de santé, ont été retranscrits et ont fait l'objet d'une analyse conceptuelle.

RESULTATS. Que ce soit accompagné de son conjoint, de son parent, ou de son enfant, venir accompagné pour les patients non dépendants semble s'inscrire dans un processus de protection contre les médecins dont ils ont une image négative, ainsi qu'une façon de se protéger contre la maladie qu'ils redoutent, mais aussi qu'ils veulent affronter collectivement. Plusieurs types de logiques de cette pratique ont été retrouvés : tantôt réassurance du patient ou du proche, tantôt continuité d'histoires de vie singulières avec leurs parents, parfois besoin inassouvi d'amour parental, les patients reproduisant avec leur proche une relation infantile passée, voire une relation triangulaire avec le médecin. Pour d'autres, cela semble prendre une fonction symbolique de réparation, de cicatrisation, en lien avec des relations passées vécues de façon malheureuse ou traumatique. Enfin, cela peut être une manière pour le proche d'être patient par procuration.

MOTS-CLES

Relation médecin-patient ; Patients non dépendants ; Perception des médecins par les patients ; Relation triangulaire ; Relation famille-professionnels de santé ; Médecine générale