



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

## THÈSE

pour obtenir le grade de

### DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement  
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale  
par

Charlotte SEIGLE épouse PERRENOT

Le 25 février 2011

---

### **LA CONSULTATION CONJOINTE EN MÉDECINE GÉNÉRALE : Perception et RESENTI DES PATIENTS ET DES MÉDECINS – étude qualitative**

---

Examineurs de la thèse :

Président	M. le Professeur François PAILLE
Directeurs	{ M. le Docteur en Médecine Cédric BERBÉ M. le Docteur en Médecine Patrick FLORENTIN
Juges	{ M. le Professeur Alain GÉRARD M. le Professeur Xavier DUCROCQ M. le Docteur en Médecine Daniel BONNET

## THÈSE

pour obtenir le grade de

### DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement  
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale  
par

Charlotte SEIGLE épouse PERRENOT

Le 25 février 2011

---

### **LA CONSULTATION CONJOINTE EN MÉDECINE GÉNÉRALE : Perception et RESSENTI DES PATIENTS ET DES MÉDECINS – étude qualitative**

---

Examineurs de la thèse :

Président	M. le Professeur François PAILLE
Directeurs	{ M. le Docteur en Médecine Cédric BERBÉ M. le Docteur en Médecine Patrick FLORENTIN
Juges	{ M. le Professeur Alain GÉRARD M. le Professeur Xavier DUCROCQ M. le Docteur en Médecine Daniel BONNET

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1  
**FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY**

-----

**Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE**

**Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE**

**Vice Doyen Mission « Sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD**

**Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ**

**Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN**

**Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT**

**Assesseurs :**

- Pédagogie : **Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ**
- 1<sup>er</sup> Cycle : **Professeur Bernard FOLIGUET**  
« Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études paramédicales » : **M. Christophe NÉMOS**
- 2<sup>ème</sup> Cycle : **Professeur Marc DEBOUVERIE**
- 3<sup>ème</sup> Cycle :  
« *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* » : **Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**  
« *DES Spécialité Médecine Générale* » : **Professeur Francis RAPHAËL**
- Filières professionnalisées : **M. Walter BLONDEL**
- Formation Continue : **Professeur Hervé VESPIGNANI**
- Commission de Prospective : **Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
- Recherche : **Professeur Didier MAINARD**
- Développement Professionnel Continu : **Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX  
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY  
Jean BEUREY - Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE  
Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT  
Jean-Pierre CRANCE Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE  
Jean-Pierre DESCHAMPS Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX  
Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER  
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI  
Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT  
Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE  
Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ  
Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS  
Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET  
Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT  
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL  
Daniel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET  
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT  
Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

=====

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

### PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

-----

#### 42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

##### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

##### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

##### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

-----

#### 43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

##### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

##### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

-----

#### 44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

##### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

##### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

##### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

##### 4<sup>ème</sup> sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

-----

#### 45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

##### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

##### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

-----

#### 46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

##### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

##### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

##### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

##### 4<sup>ème</sup> sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

-----

-----  
**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI  
Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)**

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY  
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP  
-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)**

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ  
Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)**

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT  
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)**

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)**

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY  
Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL  
-----

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,  
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI  
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE  
Professeur Thierry CIVIT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean PAYSANT  
-----

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLÉ

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD  
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL  
-----

-----  
**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL  
Professeur Christian de CHILLOU

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV  
-----

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie digestive)**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE  
-----

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)**

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV  
-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)**

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction ; Gynécologie médicale)**

Professeur Thierry FORGES  
-----

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON  
=====

=====

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

### 64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

-----

### 42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : *(Anatomie)*

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Docteur Béatrice MARIE – Docteur Aude BRESSENOT

-----

### 43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*

Docteur Damien MANDRY

-----

### 44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : *(Physiologie)*

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : *(Biologie Cellulaire)*

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : *(Nutrition)*

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

-----

### 45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : *(Parasitologie et mycologie)*

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

-----

### 46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*

Docteur Laurent MARTRILLE

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Docteur Nicolas JAY

-----



-----  
**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)**

Docteur François SCHOONEMAN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)**

Docteur Lina BOLOTINE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Immunologie*)**

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Génétique*)**

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET  
-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)**

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER  
-----

**50<sup>ème</sup> Section : RHUMATOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Rhumatologie*)**

Docteur Anne-Christine RAT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)**

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN  
-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**3<sup>ème</sup> sous-section :**

Docteur Olivier MOREL

**5<sup>ème</sup> sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)**

Docteur Jean-Louis CORDONNIER  
=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

-----  
**5<sup>ème</sup> section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Monsieur Vincent LHUILLIER  
-----

**40<sup>ème</sup> section : SCIENCES DU MÉDICAMENT**

Monsieur Jean-François COLLIN  
-----

**60<sup>ème</sup> section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**

Monsieur Alain DURAND  
-----

**61<sup>ème</sup> section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL  
-----

**64<sup>ème</sup> section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA  
-----

**65<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS

Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER  
-----

-----  
**66<sup>ème</sup> section : PHYSIOLOGIE**

Monsieur Nguyen TRAN  
-----

**67<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE**

Madame Nadine MUSSE  
=====

**PROFESSEURS ASSOCIÉS**

**Médecine Générale**

Professeur associé Alain AUBREGE

Professeur associé Francis RAPHAEL

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

**Médecine Générale**

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

Docteur Paolo DI PATRIZIO

Docteur Sophie SIEGRIST  
=====

**PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY

Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ - Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeur Simone GILGENKRANTZ

Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN - Professeur Denise MONERET-VAUTRIN

Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Jacques POUREL

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ

Professeur Paul VERT - Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET  
=====

**DOCTEURS HONORIS CAUSA**

Professeur Norman SHUMWAY (1972)  
*Université de Stanford, Californie (U.S.A)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)  
*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)  
*Université Catholique, Louvain (Belgique)*

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS  
(1996)  
*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*

Professeur Charles A. BERRY (1982)  
*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de  
Kyoto (Japon)*

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)  
*Brown University, Providence (U.S.A)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (Finlande)*

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)  
*Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)*

Professeur James STEICHEN (1997)  
*Université d'Indianapolis (U.S.A)*

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)  
*Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)*

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
*Centre Universitaire de Formation et de  
Perfectionnement*

Harry J. BUNCKE (1989)  
*Université de Californie, San Francisco (U.S.A)*  
*Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville  
(Vietnam)*

Professeur Daniel G. BICHET (2001)  
*Université de Montréal (Canada)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)  
*Institute of Technology, Atlanta (USA)*

Professeur Brian BURCHELL (2007)  
*Université de Dundee (Royaume Uni)*

A Cyril  
A mes indispensables amis

*A la mémoire de ma belle-mère*

## Remerciements à notre maître et président de jury

---

Monsieur le Professeur François PAILLE  
Professeur de thérapieutique (option clinique)

*Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.*

*Vous qui nous avez manifesté votre confiance, c'est avec un profond respect que nous vous exprimons nos remerciements pour l'intérêt porté à ce travail.*

*Pour votre bienveillance, soyez assuré de notre sincère gratitude.*

## Remerciements à nos juges

---

Monsieur le Docteur Cédric BERBÉ  
Chef de Clinique de médecine générale

*Cher Ami, vous nous faites l'honneur de diriger ce travail.  
Tout d'abord pour être à l'origine de ce projet qui nous est cher, mais aussi pour votre persévérance, nous tenons à vous exprimer nos plus sincères remerciements et notre profonde reconnaissance. Nous en profitons pour saluer votre investissement sans faille au service de la Médecine Générale.*

Monsieur le Docteur Patrick FLORENTIN  
Maître de stage, attaché d'enseignement de médecine générale

*Vous nous faites l'honneur de diriger ce travail.  
Pour vos conseils avisés et votre précieuse expertise dans l'élaboration du projet, nous vous faisons part de nos sincères remerciements.*

Monsieur le Professeur Alain GÉRARD  
Professeur de réanimation médicale

*Vous nous faites l'honneur d'accepter d'être membre du jury.  
Recevez l'expression de notre profonde reconnaissance.*

Monsieur le Professeur Xavier DUCROCQ  
Professeur de neurologie

*Vous nous accordez votre attention en participant à ce jury.  
Recevez l'expression de notre sincère gratitude.*

Monsieur le Docteur Daniel BONNET  
Praticien hospitalier en gériatrie

*Vous nous faites l'honneur de siéger dans le jury de notre thèse.  
Nos chemins se croisent encore, mais cette fois sans hasard. Recevez nos plus sincères remerciements pour votre enseignement et pour votre chaleureux accompagnement.*

## Remerciements aux personnes ayant contribué à l'élaboration de notre thèse

---

Aux médecins et à leurs patients qui ont permis la réalisation de notre étude,  
*Pour votre curiosité et votre accueil chaleureux.*

Madame Joëlle KIVITS, sociologue à l'école de Santé Publique de Nancy,  
*Pour votre sollicitude et votre précieuse aide.*

Docteur Piernick CRESSARD, neuropsychiatre, président de la section « Ethique et Déontologie » du Conseil National de l'Ordre des Médecins, et Professeur Robert NICODEME, médecin généraliste et ancien coordonnateur du DES<sup>1</sup> de médecine générale à la Faculté de Médecine de Toulouse, président de la section « Formation et compétences médicales » du Conseil National de l'Ordre des Médecins,  
*Pour votre disponibilité et votre expertise.*

Maître Karine LAPREVOTTE, Avocat au Barreau de Nancy,  
*Pour votre aimable contribution.*

Madame le Docteur Anne MAHEUT, psychiatre, et Madame JACQUEMIN, psychologue, du service de Médecine L du CHU de Nancy,  
*Pour votre chouchouthérapie et votre coup de pouce.*

Bouboule,  
*Pour ta précieuse assistance et tes encouragements.*

Aux amis relecteurs,  
*Pour leur courage et leur bienveillance.*

Cylou, Nad, Bastos, Gouli, Lulu, Gilles, Dominique, Gino, et les autres,  
*Pour leur infaillible soutien.*

---

<sup>1</sup> Diplôme d'Etudes Spécialisées

## Remerciements aux personnes croisées sur le chemin de nos études

---

Mr GERARD, mon instit du cours moyen, ainsi que tous mes profs du collège de Bouilly, du collège Les Jacobins et du lycée Camille Claudel à Troyes,  
*Sans qui je n'en serais pas là.*

Mr BOUCHEZ, proviseur adjoint du lycée Camille Claudel à Troyes,  
*Qui m'a toujours soutenue, et m'a permis de découvrir le monde de la médecine.*

Les sœurs du Home Saint Louis,  
*Qui m'ont hébergée de bonne grâce durant mes deux premières années de fac.*

Mes profs du Cours Rousseaux,  
*Qui m'ont aidée à obtenir le concours P1 en tant que primante.*

Mes internes de l'URP, de néphro, d'anapath, d'uro, de chir vasculaire, de maladie inf, de radio, de gériatrie aux Capucins, mais aussi aux PH de l'hôpital de Champagnole, au Dr BECHAMBES, aux externes d'Orel,  
*Qui ont marqué mon externat.*

Tous mes co-internes notamment Gino, toute l'équipe du service d'accueil des urgences de Briey, toute l'équipe du service de pédiatrie de Remiremont (Cédrine et Alex et les autres), toute l'équipe du service de médecine B de Neufchâteau, toute l'équipe du service d'alcoologie du CHU de Nancy, mes précieux quatre maîtres de SASPAS, ainsi que toute la tribu de l'HADAN,  
*Qui ont marqué mon internat.*

## Remerciements à notre famille

---

Cylou,  
*D'être mon Homme sans qui je ne suis rien. Je t'aime.  
Sempiternellement.*

Papa et maman,  
*D'être incontestablement sources et influences de mon existence.*

Bebe et Bouboule, mes frangins adorés,  
*Pour votre soutien « fraternel ». Et sachez que je suis fière de vous.*

Ma très belle-famille, Gilles et *Brigitte forever*, Kuzco, Nico et Mili,  
*Merci pour tout... Je vous adore.*

Evelyne, Sylvain et Jérôme,  
*Pour votre affectueux accueil chez vous.*



## Remerciements à nos indispensables amis

---

Nad,  
*Ma poulette, ton amitié est ma sauvegarde.*  
*Merci.*

Bastos et Gouli,  
*Qui se ressemblent s'assemblent...*  
*Merci pour votre génie, en toute simplicité.*

Lulu,  
*Ma poupoufe à paillettes que je bizlov.*

Céline, Caro, Aude et Sab  
*Mes « sœurs » du Home Saint Louis.*

Flo, Jacques, Mourad, Lucie, Julie H, Julie C-D, Julien, Cyril, et tous les autres amis de la fac,  
*Qui sont toujours là, et que je n'oublie pas.*

Céd et Denver qui m'ont conduit en Lorraine sans regret, mais aussi à Emy, Elo, Lau, Alan, Virg', Antoine, et tous les Raouliens,  
*Qui assurent, et que je n'oublierai pas.*

Manu, Andy, Tilou, Nono, Ben, V-, Delph et Pau-pau (Oscar, c'est que du bonheur), Pierrot, Jaco, Lolo, Vaillant, Lapin, Pâquerette, JS, bref TOUS les Isnariens, Cécile et Babeth,  
*Qui sont tout simplement géniaux, et que je n'oublierai jamais.*

## Serment d'Hippocrate

---

"Au moment d'être admise à exercer la médecine,  
Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé  
Dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté,  
Sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies,  
Vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage  
De mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir  
Hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne  
Servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer  
Au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ;  
Que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

<b>I. Avant-Propos .....</b>	<b>20</b>
<b>II. Introduction .....</b>	<b>21</b>
a. Naissance de notre thèse .....	21
i. Le champ de la Médecine Générale .....	21
ii. La rencontre avec le sujet .....	23
b. Rappels du cadre législatif et réglementaire de la consultation médicale .....	24
i. La relation médecin-malade .....	24
ii. Le secret médical .....	25
iii. L'information au patient .....	28
iv. La personne de confiance .....	29
c. Revue de la littérature relative à la consultation conjointe en Médecine Générale .....	31
i. Le référentiel Métier et compétences des médecins généralistes .....	31
ii. L'accompagnant dans les consultations de Médecine Générale .....	33
iii. Le suivi du couple en Médecine Générale .....	37
d. Enjeux de notre thèse .....	39
i. Objectif principal : étudier le ressenti des médecins généralistes et des patients de leur pratique de la consultation conjointe .....	39
ii. Objectif secondaire : réfléchir à l'opportunité de proposer une consultation séparée à ces patients .....	40
<b>III. Matériel et Méthode : une étude qualitative .....</b>	<b>41</b>
a. Choix de la méthode qualitative .....	41
b. Choix de la technique des entretiens semi-dirigés .....	41
c. Constitution des échantillons .....	43
d. Guides d'entretien .....	45
e. Déroulement des entretiens .....	49
f. Entretien test .....	49
g. Plan d'analyse des entretiens .....	50
h. Avis complémentaires, déontologique et juridique .....	51

<b>IV. Résultats : l'analyse des entretiens.....</b>	<b>52</b>
a. Ressenti général .....	52
b. Recrutement des échantillons .....	53
i. Recrutement téléphonique des médecins .....	53
ii. Recrutement des couples de patients .....	54
c. Présentation des échantillons .....	55
i. Profil des 5 médecins .....	55
ii. Profil des 10 patients .....	56
d. Déroulement des entretiens .....	57
i. Entretien « test » avec un médecin généraliste .....	57
ii. Entretiens avec les médecins .....	57
iii. Entretiens avec les patients .....	58
e. Analyse du vécu des médecins .....	59
i. Les circonstances de cette consultation particulière .....	59
ii. Le déroulement d'une consultation conjointe comparée à une consultation individuelle .....	64
iii. Les avantages et les inconvénients pour la prise en charge de chacun des patients .....	69
iv. L'éventualité de proposer une consultation séparée .....	73
v. Le secret médical .....	79
vi. Réflexions générales des médecins sur les consultations accompagnées	82
f. Analyse du vécu des patients .....	85
i. Les circonstances de cette consultation particulière .....	85
ii. Le déroulement d'une consultation conjointe comparée à une consultation individuelle .....	92
iii. Les avantages et les inconvénients pour la prise en charge de chacun des patients .....	96
iv. L'éventualité de proposer une consultation séparée .....	99
v. Le secret médical .....	104
vi. Réflexions générales des patients sur les consultations accompagnées	106
g. Points de vue déontologique et juridique .....	109
i. Avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins .....	109
ii. Avis d'un Avocat spécialiste en contentieux médical .....	110

<b>V. Discussion .....</b>	<b>116</b>
a. Forces de notre étude .....	116
b. Limites de notre étude .....	117
c. Synthèse des résultats et commentaires .....	118
i. Le ressenti des médecins et des patients .....	118
ii. L'opportunité de proposer une consultation séparée .....	121
d. Perspectives de recherche autour de la consultation conjointe..	125
e. Implications pratiques de notre thèse .....	126
i. Développer la formation médicale des médecins pour la prise en charge des patients en consultations conjointes .....	126
ii. Promouvoir la personne de confiance en médecine ambulatoire ...	128
<b>VI. Conclusion .....</b>	<b>129</b>
<b>VII. Bibliographie .....</b>	<b>130</b>
<b>VIII. Annexes .....</b>	<b>132</b>
a. Synopsis .....	132
b. Guide d'entretien initial destiné aux médecins .....	134
c. Guide d'entretien initial destiné aux patients .....	135
d. Justificatif d'entretien avec les présidents des sections « Déontologie et Ethique » et « Formation et Compétences médicales » du Conseil National de l'Ordre des Médecins .....	137

## I. Avant - Propos

---

- Je suis interne de médecine générale, en neuvième année d'études médicales et...
- *Et vous allez choisir quelle spécialité ?*
- Et je finis mon cursus cette année, je serai médecin généraliste, c'est une spécialité depuis 2004<sup>2</sup> ! Il ne me reste plus qu'à soutenir ma thèse d'exercice, elle est consacrée à la consultation conjointe en médecine générale...
- *La quoi ? La thérapie de couple ?*
- Non. Ce sont des couples qui ont le même médecin traitant et qui ont l'habitude de consulter tous les deux lors d'une même consultation. La question est...
- *Parce que ça existe ce genre de consultation ! Mais ne serait-ce que d'un point de vue déontologique ce n'est pas envisageable : le secret médical n'est pas respecté ! [1] Vraiment, ce n'est pas une pratique ça !*
- Hé bien si ! ... De plus, réaliser ce type de consultation en proposant si besoin des consultations médicales séparées est une compétence reconnue pour être un « bon » médecin généraliste [2] ... La question est donc de savoir ce que signifie le « si besoin », et donc...
- *Mais ce sont les patients qui choisissent de toute façon !!*
- Mais est-ce que la prise en charge individuelle de chacun des consultants serait améliorée par une consultation séparée, qui serait proposée régulièrement par le médecin, par exemple ?
- *Euh... c'est un sujet original ! Euh, d'un côté on se dit que théoriquement ça semble idéal de les voir parfois séparément, et puis d'un autre on le ferait déjà si on pensait que c'était mieux pour les patients !*
- Mais y avez-vous déjà réfléchi ?

Cette discussion aurait pu exister...

Elle reflète ce que nous avons vécu en débutant ce travail.

---

<sup>2</sup> Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des Diplômes d'Etudes Spécialisées, publié au J.O n° 233 du 6 octobre 2004 page 17076 texte n° 23

## II. Introduction

---

### a. Naissance de notre thèse

---

Travail laborieux indispensable à l'accouchement d'un Docteur, la thèse a toujours une histoire, à commencer par la rencontre avec une idée, dans un contexte donné.

#### i. Le champ de la Médecine Générale

Grâce à l'arrêté du 22 septembre 2004 réformant les études médicales, le Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale fut créé. La médecine générale fut reconnue comme étant une spécialité en France.

C'est ainsi qu'en 2007 nous avons pu choisir l'internat de médecine générale pour finir nos études, et devenir généraliste.

La discipline de médecine générale-médecine de famille a été définie par la WONCA Europe<sup>3</sup> en 2002. C'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* ».

Parmi ses caractéristiques, « *elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaire* » et « *elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée* ».

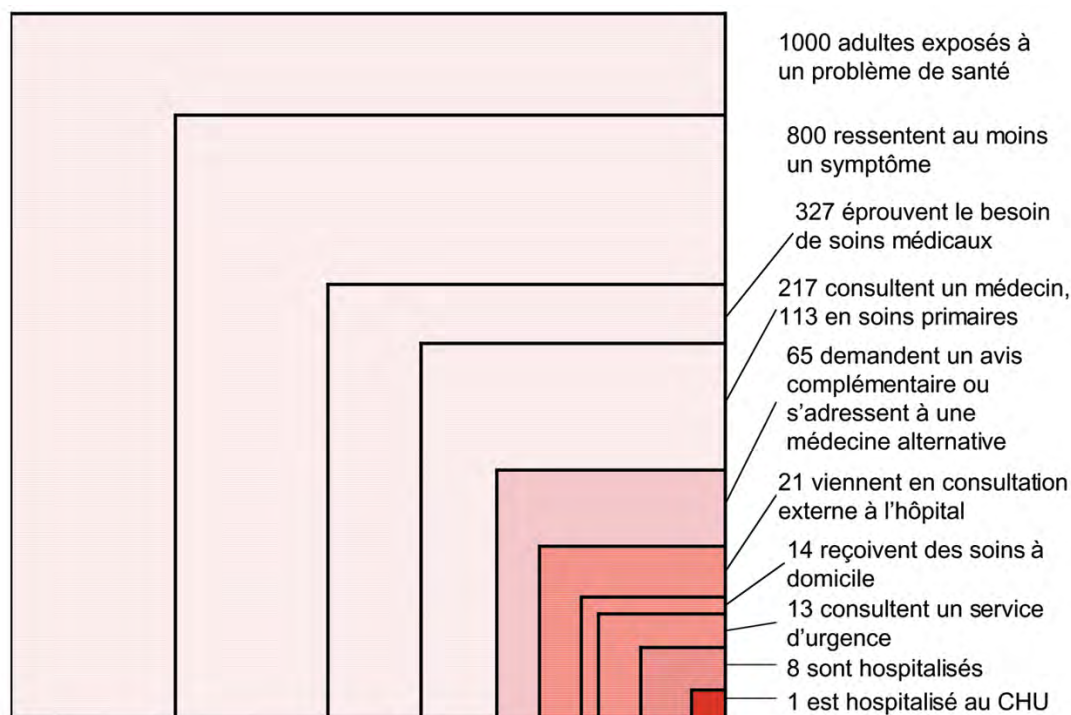
Les « *soins centrés sur la personne* », une des six catégories de compétences fondamentales d'un médecin généraliste, « *comportent la capacité à utiliser la consultation pour obtenir une bonne relation médecin-patient, tout en respectant l'autonomie du patient* ».

Cette discipline se dote d'un enseignement spécifique et développe une recherche extrahospitalière pour permettre la promotion des soins ambulatoires de qualité.

---

<sup>3</sup> Société Européenne de Médecine Générale-Médecine de famille, branche régionale de la WONCA, l'Organisation mondiale des médecins de famille

La médecine générale offre un vaste champ de sujets pour un travail de thèse, comme l'illustre le carré de WHITE de 1961, actualisé : [1]



Ce diagramme fut réalisé dans l'objectif de prouver la nécessité d'améliorer la recherche en médecine générale et donc la formation des futurs médecins généralistes, cette formation étant hospitalo-centrée.

Basé sur l'étude de 1 000 adultes pouvant être exposés à un problème de santé dans le mois, il mit en évidence la place de la médecine générale dans la prise en charge des usagers. Ainsi sur 8 personnes seulement étaient hospitalisées.

La quasi-totalité des problèmes de santé de la population était gérée en médecine générale. Les données ont confirmé l'existence d'un vaste champ de recherche et de formation pour la discipline.

La médecine générale offre un vaste champ de sujets pour un travail de thèse.



## ii. La rencontre avec le sujet

Dans le cadre d'un mémoire<sup>4</sup> de Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale réalisé en 2008, des consultations filmées ont été le support de la réflexion d'un groupe d'échange de pratiques.

Au cours de cette séance particulière, parmi les séquences proposées, celle mettant en scène la situation des couples qui consultent ensemble a suscité de nombreux questionnements, dont celui de la « bonne » prise en charge de chacun des consultants.

**En pratique, le généraliste est le médecin traitant des deux personnes du couple, et les deux patients consultent régulièrement tous les deux, l'un à côté de l'autre, au même moment.** C'est une situation connue de tous les médecins généralistes, une situation très courante.

Cette pratique de la consultation conjointe, telle que définie précédemment, est spécifique à l'exercice de la Médecine Générale.

Preuve en est, **le terme de « consultation conjointe »** fut employé dans le référentiel « Métier et compétences du médecin généraliste » [2] rédigé en 2009 sous l'égide du Collège National des Généralistes Enseignants.

Ainsi la réalisation de cette consultation particulière est reconnue. **Elle appartient aux compétences spécifiques du généraliste.**

Ce référentiel précise que le médecin doit être capable de « si besoin proposer des consultations médicales séparées » pour être reconnu compétent.

Le généraliste est le médecin traitant des deux personnes d'un couple, et ces deux patients consultent régulièrement tous les deux, l'un à côté de l'autre, au même moment.

Cette situation a suscité de nombreux questionnements dont celui de la « bonne » prise en charge de chacun des consultants.

**La consultation conjointe est un cas particulier de la consultation accompagnée, spécifique à la médecine générale lorsqu'elle est régulière.**

**Elle soulève la question de la qualité de la prise en charge individuelle de chacun des consultants.**

<sup>4</sup> Mémoire intitulé « Introduction de la vidéo en groupe d'échange de pratiques » réalisé par Dr C.BERBÉ

## **b. Rappels du cadre législatif et réglementaire de la consultation médicale**

---

La consultation conjointe est une consultation médicale particulière. Et la consultation médicale, c'est-à-dire l'échange entre un malade et un médecin, répond avant tout à des principes médicaux mais aussi à des principes éthiques et déontologiques tout en intégrant des exigences légales.

### **i. La relation médecin-malade**

Hippocrate a défini la relation médecin-malade sous la forme d'un colloque singulier, la rencontre d'une conscience avec une confiance. Le colloque singulier n'évolua qu'à partir de la seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle avec l'avènement du cancer et des maladies chroniques. Ainsi, des prises en charge pluridisciplinaires découlèrent le colloque pluriel permettant une approche du soin plus globale d'un patient par une équipe de soignants. [6]

Le médecin généraliste a une approche d'autant plus globale de son patient qu'il connaît son environnement, sa famille, ses problèmes et qu'il en a suivi l'évolution.

Une des caractéristiques de la relation médecin-malade est d'aborder l'intimité du patient [5] :

- La relation médecin-malade a pour objet le malade, son corps et son esprit. Ainsi, le patient va devoir expliquer au médecin ce qu'il ressent, ses gênes et ses angoisses. Une relation de confiance doit nécessairement s'installer, le patient se mettant entre les mains de son médecin, puis ce dernier redonne son autonomie à son patient, par ses explications et l'implique dans les soins.
- Chaque patient est différent, chaque patient est un individu. Lors de la rencontre avec une autre personne et ses individualités, le médecin crée une relation singulière, nouvelle à chaque fois.

Cette relation médecin-malade structurée comme la rencontre de deux consciences (celle d'un soignant et celle d'un soigné), ne répond aux exigences de l'Éthique médicale que si elle respecte des règles étroites. Celles-ci font que toute relation ne peut être éthiquement recevable qu'en présence d'une responsabilité partagée. Ce concept ne prend son sens réel que dans le cadre strict de la relation duelle, seule véritable garante de la confiance. [7]

La réflexion éthique dans les professions se nourrissant quotidiennement de la relation à l'autre, réside simplement à éviter l'enlisement dans une routine sclérosante et usante à terme. Dans ce sens, il apparaît nécessaire de préserver ses propres capacités d'écoute en renouvelant lors de chaque consultation l'intérêt et la curiosité nécessaires. [7]

La relation duelle est la seule véritable garante de la confiance.

## ii. Le secret médical

Si la confiance est indispensable à la relation médecin-malade, elle est liée inexorablement *au secret* comme le rappelle B. Hoerni : « *En somme, il n'y a pas de soins de qualité sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret* ».

Le respect du secret médical est un principe fondamental de la relation médecin-malade. Depuis son émergence, sans doute à l'époque d'Hippocrate, ce devoir de silence a traversé les siècles, acquérant une valeur aussi bien juridique que morale.

Une thèse intitulée « le médecin généraliste face au secret médical à travers quelques exemples médiatisés » [8], restitue de manière remarquablement claire l'histoire du secret médical et ses législations.

Nous retiendrons qu'il est défini aussi bien à l'échelle européenne que nationale, qu'il est l'objet de nombreux articles de plusieurs codes qui en dessinent les limites, les dérogations et sa violation.

- Les textes non juridiques faisant référence au secret médical sont : [8]
  - le serment d'Hippocrate : « *Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs* »,
  - l'article 12 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme : « *nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires dans sa vie privée* »,
  - l'article 10 de la convention sur les Droits de l'Homme et de la Biomédecine de 1997 : « *1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée s'agissant des informations relatives à sa santé* »,
  - l'article 7 des principes d'éthique médicale européenne : « *Le médecin est le confident nécessaire du patient. Il doit lui garantir le secret total de toutes les informations qu'il aura recueillies et des constatations qu'il aura opérées lors de ses contacts avec lui. Le secret médical n'est pas aboli par la mort des*

*patients. Le médecin doit respecter la vie privée des patients et prendre toute mesure nécessaire pour rendre impossible la révélation de ce qu'il aura appris à l'occasion de l'exercice de sa profession. »,*

- le huitième point de la charte du patient hospitalisé<sup>5</sup> reprenant les principes du secret médical,
  - le serment de Genève adopté après la deuxième Guerre mondiale : « *Je respecterai le secret de celui qui se sera confié à moi, même après la mort du patient* ».
- Les textes juridiques faisant référence au secret médical sont : [8]
- le code Pénal avec l'article 226-13 qui précise les peines encourues en cas de violation du secret médical soit « *un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* » et l'article 226-14 qui précise les dérogations imposées ou autorisées,
  - l'article 9 du code Civil : « *Chacun a droit au respect de sa vie privée* »,
  - le code de Déontologie avec l'article 4 : « *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi* ». L'article 72 concerne le personnel médical, l'article 73 concerne les dossiers médicaux, l'article 104 concerne la médecine de contrôle et l'article 108 concerne la médecine d'expertise,
  - le code de la Santé Publique avec par exemple son article L.1110-4 issu de la loi du 4 mars 2002 : « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations la concernant* », le principe de secret partagé est créé. Par ailleurs, cette loi autorise la levée du secret aux ayants droits après le décès dans certaines conditions,
  - l'article L.162-2 du code de Sécurité Sociale : « *Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix, la liberté de prescription, le secret professionnel, le paiement direct, la liberté d'installation des médecins* ».

---

<sup>5</sup> Annexe à la circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995

L'adjonction «institué dans l'intérêt des patients» est importante, comme le précise Deborah SUSSMAN NADJAR dans sa thèse. Elle coïncide avec une évolution de la jurisprudence et l'assouplissement dans certains cas de la doctrine traditionnelle du «secret absolu». [8]

- Garanti en France par le code de la santé publique et le code pénal, le secret médical est un droit du malade (intérêt privé) mais aussi un devoir de tout médecin (intérêt public). En principe, le secret médical est absolu, opposable à tous les tiers, portant sur tout ce dont le médecin a eu connaissance à l'occasion des soins.
- Le secret n'est pas la «propriété du malade». Il n'est pas non plus la «propriété du médecin» et encore moins celle du corps médical. Le secret n'appartient à personne, le médecin n'en est que le dépositaire et ne peut se permettre aucune divulgation en dehors des cas où la loi l'oblige, l'autorise ou le laisse libre de donner certains renseignements. [8]
- Le principe du secret professionnel est parfois en conflit avec d'autres principes et d'autres intérêts. L'étendue et le caractère absolu du secret médical sont mis en cause quand il constitue un obstacle à la manifestation de la vérité dans certaines affaires judiciaires, qu'il rend plus difficile l'application des lois sociales ou bien entrave la juste évaluation d'un dommage par une compagnie d'assurances.

Ces règles du secret médical soulèvent cependant un certain nombre de questions et se heurtent souvent à des difficultés d'application dans la pratique médicale courante.

Selon le Conseil de l'Ordre National des Médecins, « *le médecin ne doit pas refuser des explications à la famille* », étant entendu que « *dans certains cas, son silence porterait préjudice au malade* », ceci en particulier en cas de participation de l'entourage au traitement et à la prise en charge. [9]

En principe, le secret médical est absolu, opposable à tous les tiers, portant sur tout ce dont le médecin a eu connaissance à l'occasion des soins.

### iii. L'information du patient

Pré-requis indispensable à tout consentement au soin et à toute participation à la décision médicale, l'information du patient est un devoir.

Selon l'article 35 du code de Déontologie, « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose ». Cet article introduit par ailleurs l'information aux proches : « Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite ».

L'importance de l'article L.1111-2 du code de la Santé Publique justifie que malgré sa longueur, il soit cité dans son intégralité :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. **Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.**

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L.1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information ont été établies par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) et homologuées par arrêté du Ministre chargé de la Santé de l'époque.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen. »

Il est établi du temps de l'ANAES en 2000, que « *l'information doit prendre en compte la situation propre de chaque personne* ».

Dès lors qu'il s'agit d'un malade « *compétent et autonome* », l'information est due à la personne soignée selon l'article L.1112-1 du code de la Santé Publique, **autrement dit au patient et stricto sensu à lui seul**. [9] Toutefois, la loi du 4 mars 2002 n'est pas explicite sur la conduite à tenir lorsque l'on s'adresse à des personnes présentant des troubles cognitifs importants. [6]

Selon l'article L.1111-2 du code de la Santé Publique, « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. [...] Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel*. ».

#### **iv. La personne de confiance**

Depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002, le patient peut désigner une personne de confiance. L'article L.1111-6 du code de la Santé Publique modifié par la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 stipule que :

*« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite **par écrit**. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, **la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions**.*

*Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.*

*Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.* »

La loi du 22 avril 2005, dans son article 2, définit la hiérarchie des interlocuteurs pour la prise de décision médicale :

*« Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une infection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie, il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article 1111-2, la personne de confiance ou à défaut un des proches. La procédure est inscrite dans le dossier médical ».*

Par ailleurs son article 8 complète que *« lorsqu'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave ou incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté à désigner une personne de confiance, l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exception des directives anticipées ».*

Il est donc possible de distinguer deux types de mission dévolus à la personne de confiance : celle d'accompagnement du patient lorsque celui-ci est conscient et celle de référent privilégié de l'équipe médicale lorsque le patient est en état d'inconscience.

Ceci constitue alors une brèche dans le principe du caractère absolu du secret médical puisqu'une tierce personne va être amenée à partager ce secret, sans appartenir pour autant au corps médical chargé de prendre en charge le patient. Au demeurant, l'intervention de la personne de confiance contribue à cette prise en charge, ce qui justifie la levée au moins partielle du secret au cours des entretiens médicaux. [6]

Un article de Moutel et Manouil [10] soulève la question de la personne de confiance en ambulatoire.

*« En France, la personne de confiance n'est pas seulement conçue pour pallier les situations "limites" mais également pour s'intégrer dans toute démarche de soins, dès lors qu'un patient souhaite être accompagné. Il est donc intéressant de s'interroger aujourd'hui sur la place de ce tiers dans le cadre du colloque singulier entre le médecin et le patient.*

***En ville, le médecin peut proposer au patient de désigner par écrit une personne de confiance.*** Cela peut l'aider dans la prise en charge de son patient. Ce tiers peut faciliter la mise en œuvre des conseils hygiéno-diététiques ou la bonne observance des prescriptions médicamenteuses, mais, également, le lien entre le patient et le médecin, surtout quand le patient est particulièrement fragilisé.

*Cette désignation en médecine de ville pourrait avoir un intérêt lorsqu'un patient est hospitalisé en situation d'urgence, sans famille et inconscient, afin que l'équipe hospitalière, interrogeant le médecin traitant, puisse prendre en compte la personne de confiance désignée.*

*Répondant à la demande sociale, la personne de confiance apparaît donc comme un nouvel élément de la relation médecin-patient, qui peut être une aide précieuse pour les cliniciens dès lors qu'elle sera mieux intégrée aux pratiques.*



*Initialement, dans le projet de loi Kouchner, la personne de confiance était uniquement désignée par le patient hospitalisé. Lors de la préparation de la loi, il a été évoqué la possibilité de désigner une personne de confiance en dehors des cas d'hospitalisation, c'est-à-dire en médecine de ville, ce qui fut retenu. »*

Selon l'article L.1111-6 du code de la Santé Publique, « *si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.* »

**La mise en œuvre de chacun de ces principes déontologiques, éthiques, réglementaires et juridiques est concentrée dans une consultation médicale. Aussi, la présence du conjoint, pour autant patient lui-même, pourrait-elle présenter une (ou des) perturbations(s) de la consultation ?**

### **c. Revue de la littérature relative à la consultation conjointe en Médecine Générale**

---

Une recherche des études pré-existantes portant sur la consultation conjointe a été indispensable pour évaluer et orienter notre étude. Au total, aucun travail publié n'avait pour sujet spécifique celui de la consultation conjointe.

#### **i. Le référentiel Métier et compétences des médecins généralistes [2]**

La loi « Hôpital Patients Santé Territoires »<sup>6</sup> a défini les missions du médecin généraliste au niveau législatif. Toutefois, les compétences nécessaires pour exercer ce métier n'y figure pas.

---

<sup>6</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

C'est dans cette optique, qu'est paru en 2009, le référentiel « Métier et compétences des médecins généralistes » réalisé à l'initiative du Ministère de la santé dans le but affiché d'améliorer les garanties offertes aux patients.

Certains référentiels existaient déjà, même s'ils n'étaient pas inscrits dans des lois: des anciens comme celui de MG France, des récents comme celui du CNOM<sup>7</sup> et des plus reconnus comme celui de la WONCA<sup>8</sup>. L'intérêt était de créer un consensus et de faire office de référence. Pour cela sa réalisation a été confiée à une société savante, le CNGE<sup>9</sup>.

Pour élaborer le référentiel, des situations-type ont été répertoriées. Elles devaient faire partie du cœur de métier du médecin généraliste. Elles devaient également représenter une variété suffisante de situations, qui gérées avec pertinence, permettaient d'inférer que le médecin est compétent.

Seize situations furent retenues par la mission ministérielle dédiée à la rédaction du référentiel métier. Celle qui nous a intéressée plus particulièrement fut la numéro treize. Elle met en scène un « *couple octogénaire sans plainte dont la femme présente des troubles mnésiques et l'homme est hypertendu et insuffisant cardiaque* ».

A partir de cette situation donnée, un médecin généraliste doit savoir poser un diagnostic global de la situation ; notamment en réalisant « ***des consultations conjointes, en respectant les besoins et la parole de chaque conjoint, et si besoin en proposant des consultations médicales séparées*** ».

Un généraliste compétent doit également pouvoir élaborer un projet d'intervention, négocié avec le patient ; notamment en adoptant « *une approche systémique longitudinale ambulatoire du suivi médical d'un couple âgé venant consulter un même médecin traitant* ».

Dans cette situation-type du référentiel, il est précisé que le généraliste doit mettre en œuvre un projet thérapeutique ; notamment en gérant « ***l'évolution de troubles de santé, en permettant l'expression personnelle de chaque conjoint dans un contexte d'interdépendance réciproque, et en prenant en compte l'homéostasie des équilibres de chacun et du couple et les comportements acquis de longue date, mais aussi des fragilités de leurs situations médicales respectives*** ».

---

<sup>7</sup> Conseil National de l'Ordre des Médecins

<sup>8</sup> Société Européenne de Médecine Générale - Médecine de famille, branche régionale de la WONCA, l'Organisation mondiale des médecins de famille

<sup>9</sup> Collège National des Généralistes Enseignants

Enfin, pour effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge d'un couple d'octogénaire, une des compétences requises est de planifier « *avec chaque patient, les lieux et périodicité des actes de suivi au cabinet comme au lieu de vie (domicile ou institution), et confronter les perceptions et constats ponctuels lors du suivi médical avec des perceptions et avis des proches pour vérifier d'éventuels écarts et/ou erreurs d'analyse.* »

Face à un « *couple octogénaire sans plainte dont la femme présente des troubles mnésiques et l'homme est hypertendu et insuffisant cardiaque* », un médecin généraliste compétent doit savoir réaliser « *des consultations conjointes, en respectant les besoins et la parole de chaque conjoint, et si besoin en proposant des consultations médicales séparées* ». Il doit élaborer un projet de soins en permettant « *l'expression personnelle de chaque conjoint dans un contexte d'interdépendance réciproque, et en prenant en compte l'homéostasie des équilibres de chacun et du couple et les comportements acquis de longue date* ».

## **ii. L'accompagnant dans les consultations de Médecine Générale**

Nous avons trouvé des études concernant les consultations de médecine générale. Parmi elles, trois ont suscité notre intérêt. Aucune ne porte sur la consultation conjointe, cette situation rassemblant deux patients en couple au cours d'une même consultation de leur médecin traitant. Etant un cas particulier des consultations accompagnées, nous avons pu extraire quelques chiffres à son sujet.

Une thèse de médecine générale intitulée « Etudes sur la typologie des consultations en médecine générale, résultats d'une étude prospective sur 3142 consultations » [11] retrouve les chiffres présentés ci-dessous :

- La présence d'un tiers, souvent familial, est retrouvée dans 23% de l'ensemble des actes (22 % en consultations et 31 % en visite).
- La fréquence élevée d'un tiers parental lorsque le malade est un enfant (100 %), a amené à analyser la sous-population des adultes uniquement. On retrouve alors une tierce personne dans 7 % de l'ensemble des actes (5 % en consultation et 42 % en visite).

Un rapport sur un essai de typologie des consultations et des visites des médecins généralistes a été publié en 2004 par la DREES<sup>10</sup> [12]. Les résultats principaux sont décrits ci-dessous.

Dans 66% des consultations médicales (au cabinet ou en visite), les patients ont vu le médecin généraliste sans qu'une autre personne soit présente. Les moins de 25 ans sont les plus souvent accompagnés (27 % des consultations où le patient était accompagné concernent cette tranche d'âge), alors qu'ils ne représentent que 11 % de l'ensemble des consultations. C'est évidemment plus rarement le cas des adultes, les patients âgés (d'au moins 70 ans) n'étant pas à cet égard plus fréquemment accompagnés.

Plus de la moitié des patients consultant pour des affections aiguës (majoritairement des infections des voies aériennes) ont été accompagnés à la consultation ou à la visite (52 % contre 34 % de l'ensemble des patients). Pour les consultations de prévention au cabinet du médecin (5 % des séances de généralistes), les patients sont également plus souvent accompagnés que la moyenne (53 % contre 34 % en moyenne). Les consultations pour des affections aiguës ou pour des actes de prévention sont surtout le fait d'enfants et de jeunes adultes de moins de 25 ans.

Après 70 ans, les patients consultent surtout pour le suivi d'affections chroniques, et les médecins visitent aussi pour de multiples pathologies.

Une étude décrivant « la perception des médecins généralistes du rôle et de la place de l'entourage accompagnant le patient en consultation » est parue en 2007 [3]. Ce travail est le fruit de l'étude REMEDE, menée par Novartis. Non dédiés aux consultations conjointes, les résultats sont plus généraux mais méritent d'être soulignés.

La proximologie y est définie. Ce terme désigne « l'aire de recherche se consacrant à l'étude des relations entre le malade et ses proches ». « Son originalité est d'envisager la présence et le rôle de l'entourage comme des éléments déterminants de l'environnement du patient, donc de l'efficacité des soins et de sa « prise en charge » ».

**L'une des clés du succès de la démarche thérapeutique est la qualité de la relation médecin-malade**, dont dépend l'adhésion du patient au projet de soins. Dans la pratique, cette relation duale est souvent remplacée par une relation tripartite. En moyenne, 1 patient sur 3 vu au cabinet et 2 patients sur 3 vus à domicile sont accompagnés d'un proche.

Ces résultats sont supérieurs à ceux trouvés dans les deux autres études retenues ci-dessus. Une explication serait que cette étude REMEDE fut basée sur les réponses à des questionnaires et non sur le relevé brut de l'activité des médecins.

---

<sup>10</sup> Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, du Ministère de la santé

Selon cette étude, la population des accompagnants de patients adultes se caractérise par une prédominance de femmes (67 %) et de personnes de plus de 55 ans (73 %). L'accompagnant est 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.

Les médecins généralistes disent rechercher « très souvent ou souvent » l'aide d'un membre de l'entourage du patient dans la maladie d'Alzheimer (95 %), dans la dépression (76 %), dans la maladie de Parkinson (73 %) et dans l'épilepsie (66 %). Trois médecins sur quatre trouvent très difficile de gérer la maladie du patient s'il n'y a pas d'appui auprès de l'entourage.

Le rôle attribué à l'accompagnant par les médecins est décrit comme positif dans 79 % des consultations accompagnées, négatif dans seulement 16 % des cas et neutre dans 13 % des cas. Les rôles décrits comme positifs sont essentiellement de l'ordre du quotidien : soutien psychologique ou aide morale dans 72 % des cas ; rôle d'alerte en cas de problème aigu dans 66 % des cas ; aide pratique dans la vie quotidienne dans 57 % des cas.

Les médecins décrivent l'accompagnant comme rassurant le patient dans 58 % des cas et contribuant à l'efficacité des soins dans 51 % des cas. Il facilite la consultation dans 49 % des cas et permet l'identification de symptômes ou de faits utiles à la pratique dans 36 % des cas. Il est à noter que la présence de l'accompagnant est indifférente au médecin dans seulement 18 % des cas.

Parmi les résultats, des écarts sont mis en évidence entre le rôle attribué spontanément à l'entourage par le médecin et le rôle perçu lors de la consultation. En ce qui concerne la dépression, le soutien psychologique observé est inférieur à celui attendu par les médecins généralistes : 83 %, au lieu de 91 %. L'entourage donne moins souvent l'alerte que les médecins ne le souhaiteraient en cas de problèmes aigus : 68 % au lieu de 71 %. L'accompagnant a, en outre, plus souvent une influence négative. Sa présence complique la consultation dans 20 % des cas selon les médecins. Une gêne à l'expression de la maladie se révèle dans 34 % des cas et l'accompagnant ajoute du stress au patient dans 23 % des cas. En revanche, en ce qui concerne l'hypertension artérielle, l'entourage a un rôle bien plus important qu'attendu pour donner l'alerte : 71 % contre 44 %. Il offre également une meilleure aide morale : 68 % au lieu de 19 %.

Si l'on évoque les difficultés rencontrées dans la relation du médecin généraliste avec l'entourage, deux situations sont considérées comme difficiles par les médecins ayant répondu au questionnaire: annoncer une mauvaise nouvelle concernant le patient (« difficile » pour 54 % des médecins et « assez difficile » pour 26 % d'entre eux) et motiver un entourage ne souhaitant pas s'impliquer alors que le médecin recherche son aide (« difficile » et « assez difficile » pour 34 % et 40 % des médecins respectivement). Gérer une attitude invasive de l'entourage dans la relation médecin – patient arrive au 3e rang des tâches jugées assez difficiles ou difficiles (65 %).

Lorsque l'accompagnant est identifié comme jouant un rôle défavorable, il s'agit le plus souvent d'un rôle négatif sur le vécu de la maladie par le patient lui-même ou sur la propre relation de l'accompagnant avec le malade (61 % des cas). Il est à noter qu'un rôle à la fois positif et négatif est attribué à l'accompagnant dans environ 10 % des consultations et que les médecins considèrent que les fils ou filles jouent un rôle plus souvent positif que les parents et les conjoints.

Les données de l'étude rapportent également des éléments descriptifs du déroulement des consultations accompagnées. Elles montrent que l'entourage est le plus souvent présent tout au long de la consultation (85 % des cas). Le médecin ne demande que dans 21 % des cas l'avis du patient quant à la présence de l'accompagnant lors de la consultation. Il prend en considération les remarques de l'accompagnant (79 %) et essaie de l'associer au suivi médical et thérapeutique (68 %). En revanche son avis n'est pas sollicité dans 51 % des cas et le médecin ne porte pas attention à son état de santé général apparent (signes de stress, dépression, fatigue, etc.) dans 53 % des cas. Seules 21 % des consultations se déroulent sans que l'accompagnant ne pose de question ni ne montre d'attente particulière.

Dans la majorité des cas, l'accompagnement ne pose pas de problème particulier et la durée des consultations accompagnées s'élève en moyenne à 22 minutes, avec une grande variabilité interindividuelle.

A noter quand on leur pose la question, les médecins sont un sur deux à considérer que la formation médicale continue devrait intégrer la notion de relation avec les proches.

La présence d'une tierce personne est retrouvée dans 7 % de l'ensemble des actes de médecine générale chez des adultes (5 % en consultation et 42 % en visite). [11] Les moins de 25 ans sont les plus souvent accompagnés alors qu'ils ne représentent que 11 % de l'ensemble des consultations. [12] Dans la majorité des cas, l'accompagnement ne pose pas de problème particulier. [3]

### iii. Le suivi du couple en Médecine Générale

Une thèse intitulée « Médecin généraliste et suivi de couple (vécu de médecins, position relationnelle, enjeux, représentations, références thérapeutiques, spécificité) » [13] a été publiée en 2007. Il s'agit de la seule étude publiée à ce jour se rapprochant de notre sujet. Les principaux éléments à retenir sont présentés ci-dessous.

Dans cette thèse, le « suivi de couple » a été employé pour désigner le couple comme entité qui requiert des soins et non pas comme le suivi de couple « global » de deux patients consultant régulièrement ensemble leur médecin traitant pour leurs propres pathologies. Ainsi, cette étude qualitative n'étudie pas la consultation conjointe définie par notre travail, elle décrit des situations de conflit de couple. Cependant, un certain nombre d'éléments peuvent intéresser le cadre de la consultation conjointe.

La première proposition de la thèse d'I.NOUET-MARTINOT est de repérer conceptuellement une différence structurelle entre relation duelle et relation triangulaire. Elle propose l'hypothèse d'un choix de positionnement entre : « partenaire d'une relation duelle », investi dans le transfert contre transfert et « tiers en position d'observation », de l'interaction effective entre les conjoints, ou de l'interaction entre un patient et ses représentations symboliques sur son conjoint.

Il n'existe pas de références directes sur la position relationnelle du médecin généraliste suivant des couples mais d'autres thèses de médecine s'approchant du sujet sont évoquées. Les deux plus pertinentes pour notre étude sont présentées ci-dessous :

- La thèse de G.LAVAUD, intitulée « La pathologie du couple vu par le médecin généraliste. Réflexion sur la pratique médicale. », s'intéresse à **la psychopathologie des couples**. Entre autres, elle rappelle les quatre modes relationnels définis selon Bateson :
  - o *la relation symétrique*, découlant souvent d'un désir de dominer, d'une compétition entre deux,
  - o *la relation complémentaire*, pouvant être de type dominant dominé,
  - o *la relation parallèle*, avec une adaptation dans certaines situations (entraide dans un domaine, rivalité dans un autre),
  - o *la relation paradoxale*, qui entre dans la pathologie de couple, par exemple avec une tyrannie exercée par une faiblesse apparente, une maladie psychosomatique.

- Les travaux de R.GAY, intitulés « La triangulation de la relation, de la Dyade à la Triade thérapeutique. », tentent de modéliser les relations médecin-malade.

**La Triade Thérapeutique** est un système particulier, composé d'un couple (dyade) et d'un consultant (monade), reliés dans une relation thérapeutique, visant un changement dans le système relationnel de la dyade.

La modélisation des modes possibles d'interaction médecin-couple, permet de repérer les écueils (risque de collusion, de prise de parti du médecin), et de rappeler les places possibles du médecin dans la triade (outsider, témoin non engagé, médiateur, *go between*, relayeur, juge arbitre), pour repérer quand il a perdu sa place de neutralité et utiliser certains outils pour la retrouver. La notion de « *contrôle thérapeutique* » est également proposée pour réguler les situations de prise de parti, définies en systémie comme « *une neutralisation de la position du thérapeute par un des conjoints, suite à une manœuvre de collusion* ».

La deuxième proposition de la thèse publiée en 2007 fut de repérer trois positionnements dominants parmi les médecins rencontrés. Ils s'inspiraient des référentiels disponibles que sont : l'investissement dans une écoute psychothérapeutique d'inspiration analytique, l'investissement dans une écoute de l'interaction de couple d'inspiration systémique, et la dimension de médecin de famille privilégiant le suivi médical à long terme de chacun, en recherchant une position de neutralité, s'appuyant sur la relation d'aide, ou une expérience travaillée. Un quatrième positionnement serait celui de médecin de famille « caméléon », qui adapte son référentiel aux situations rencontrées, proposant une réponse thérapeutique de type « cousu main ».

La troisième proposition du travail de I.NOUET-MARTINOT correspond à la proposition d'un guide d'autoévaluation, par le médecin, des enjeux d'une triade thérapeutique médecin-couple donnée. Ceci pourra l'aider à définir son positionnement relationnel, en répondant à quatre questions portant sur : la perception de la demande, sa nature et son adresse ; l'abord relationnel préférentiel du médecin suivant ses représentations ; son domaine de compétence ; sa propre délimitation de son rôle ou contrat.

Certaines remarques de médecins rapportées dans cette étude sont intéressantes pour notre thèse. Concernant « les personnes âgées, il est vécu comme normal qu'elles viennent ensemble, c'est une habitude, c'est de l'ordre du soutien réciproque, cela n'interroge pas les médecins ». Tandis que « les couples jeunes qui viennent toujours ensemble, cela interroge le médecin sur la nature de la relation de couple. S'agit-il de couples fusionnels, mère-enfant, dominant-dominé, où y a-t-il une problématique cachée ? ».



Il ressort que la question de l'introduction d'un tiers semble se poser inévitablement quand le médecin est en face d'un couple. Il semblerait alors intéressant de prendre conscience de la différence de structure relationnelle que cela entraîne, nécessitant obligatoirement une position de recul et l'idée d'une certaine dynamique.

**La revue de la littérature sur le sujet de la consultation conjointe est rapidement effectuée. Il n'existe aucun article traitant spécifiquement du sujet.**

#### **d. Enjeux de notre thèse**

---

##### **i. Objectif principal : étudier le ressenti des médecins généralistes et des patients de leur expérience de la consultation conjointe**

Avant tout, le recueil du ressenti des patients et de leur médecin pratiquant la consultation conjointe semble primordial et ainsi constituer l'objectif principal du travail. Cela est renforcé par la pauvreté de la littérature sur ce sujet.

**Comprendre** le contexte, les circonstances à l'origine d'une telle consultation, son déroulement, sa durée, ses avantages, ses inconvénients, ses différences avec une consultation « traditionnelle », ressentis de la part du patient et du médecin est l'objectif principal de notre travail.

L'objectif principal de notre thèse est d'étudier le ressenti des médecins généralistes et de leurs patients concernant leurs expériences de la consultation conjointe pour mieux la comprendre.

## **ii. Objectif secondaire : réfléchir à l'opportunité de proposer une consultation séparée à ces patients**

Réaliser une consultation conjointe est une compétence du médecin généraliste clairement reconnue par le référentiel métier et compétences [2]. Cependant, des interrogations relatives à la qualité de prise en charge individuelle sont suscitées par l'étude de la situation en groupe de pairs.

Dans un souci d'amélioration des pratiques (c'est-à-dire mieux soigner), faut-il proposer une consultation séparée aux patients consultant régulièrement ensemble ? Qu'en est-il de l'avis et du ressenti des protagonistes ? Cela constitue un objectif secondaire de ce travail.

L'objectif secondaire de notre thèse est de réfléchir à l'opportunité de proposer une consultation séparée aux patients réalisant régulièrement des consultations conjointes en médecine générale.

### **Deux objectifs motivent notre thèse :**

**-Le premier est de comprendre l'existence de consultations conjointes, du point de vue des médecins généralistes et de celui de leurs patients.**

**-Le second objectif est d'évaluer la nécessité de proposer occasionnellement une consultation séparée aux patients consultant conjointement.**

### III. Matériel et méthode : une étude qualitative

---

#### a. Choix de la méthode qualitative

---

Les travaux portaient sur l'étude d'un comportement, ils exploraient les sentiments, les représentations, les expériences des médecins et des patients acteurs des consultations conjointes. L'objectif ici n'était pas de quantifier les différentes consultations conjointes, mais d'en tirer les différentes visions, interprétations, ressentis.

Le principal critère étudié, le ressenti des trois protagonistes de cette consultation, était un critère qualitatif.

Pour aider à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel, pour observer les interactions sociales et interpréter les perspectives individuelles, la méthode qualitative de recueil et d'analyse des données fut la plus appropriée. [14]

L'approche qualitative recherche une hypothèse ou aboutit à une classification qui pourra ensuite être explorée par l'approche quantitative (constructivisme). [14] La démarche était donc inductive, interprétative, allant de l'observation à l'hypothèse. Contrairement à une étude quantitative, la formulation de l'hypothèse de travail ne se précisait qu'au fur et à mesure de la prise de données. [15]

L'étude d'un comportement, celui des patients et de leur médecin au cours des consultations conjointes, a été réalisée au travers d'une méthode qualitative.

#### b. Choix de la technique des entretiens semi-dirigés

---

Issue des Sciences Humaines, la recherche qualitative dispose de quatre grands types de technique : la recherche documentaire, l'observation, le questionnaire et l'entretien. [16]

Plus qu'une production verbale, l'entretien provoque le discours dans un contexte défini. [17] Ce dernier est aussi important pour l'interprétation que le discours lui-même.

Cette méthodologie « *s'impose chaque fois que l'on ne veut pas décider a priori du système de cohérence interne des informations recherchées* » [16]. Ici, nous souhaitions découvrir les représentations que les médecins généralistes et les patients se faisaient de leur pratique de la consultation conjointe, ainsi que tous les facteurs qui pouvaient les influencer. Il était donc important de ne pas décider à l'avance de la cohérence interne des informations recherchées.

Qu'il soit libre, semi-dirigé ou en focus-group, l'entretien permet de recueillir les réponses à une série de questions guide dans un cadre permettant aux personnes étudiées de s'exprimer librement. [17]

Dans le cadre de nos travaux portant sur le vécu d'une prise en charge individuelle, il fut préféré la technique de l'entrevue personnelle. Contrairement aux techniques de groupes, il n'y avait pas d'influence du tiers qui fut la source du questionnement en consultation conjointe.

Sachant que l'information libre était par la suite très difficile à traiter, à catégoriser et à interpréter [18], impliquant un risque important d'être hors sujet [19], l'entretien libre fut écarté.

L'entretien semi-dirigé paraissait donc la méthode la plus appropriée pour notre recherche.

Après avoir obtenu le consentement éclairé des patients et du médecin généraliste [14], les entretiens étaient enregistrés par un dictaphone numérique. Ils furent secondairement retranscrits et analysés.

Dans le cadre de nos travaux portant sur le vécu d'une prise en charge individuelle, il fut préféré la technique de l'entrevue personnelle. Sachant que l'information libre est par la suite très difficile à traiter, l'entretien semi-dirigé fut choisi.

## c. Recrutement des échantillons

---

La méthode de l'entretien part du principe que « *le tout social serait inclus en chaque individu* ». [18]

Ce n'est pas un échantillon représentatif quantitativement mais qualitativement qui est important dans une étude qualitative. [17] Les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence. Ainsi une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires. [16]

Un petit nombre de participants suffit s'il est bien exploité. Les grandes études ne portent pas sur plus de 50 à 60 personnes [20]. Pour notre thèse, ce nombre fut également choisi en fonction de la faisabilité du projet. [17]

Ainsi, il fut décidé en accord avec Mme KIVITS, sociologue à l'École de Santé Publique de Nancy, de constituer un échantillon de cinq médecins. Il fut décidé de les appareiller chacun à un couple de manière à approfondir les résultats.

Il s'agissait donc de réaliser un minimum de quinze entretiens individuels, dont dix entretiens avec les patients (cinq couples).

Les médecins cibles étaient des généralistes lorrains thésés et installés acceptant de participer à l'étude. Les remplaçants furent exclus du fait qu'ils n'étaient pas médecin traitant.

Les médecins ont été choisis de manière à disposer de profils variés selon les critères suivants :

- lieu d'installation (chaque département lorrain),
- milieu d'exercice (rural, urbain ou semi-urbain),
- mode d'exercice (en groupe ou seul),
- sexe,
- âge.

L'accès à cet échantillon fut pour une part orienté par nos connaissances et pour une autre lié au hasard en consultant les pages jaunes dans l'ordre alphabétique tout en répondant au mieux aux critères énoncés précédemment.

Les patients cibles étaient des conjoints ayant le même médecin traitant, consultant au minimum trois fois par an, tous les deux en même temps.

Ils furent sélectionnés par le médecin inclus dans l'étude, ce qui est un biais à prendre en compte pour les résultats. Une fois leurs accords obtenus nous avons organisé avec le médecin les rencontres pour les entretiens, qui étaient également l'occasion du premier contact avec nous.

Le recrutement des médecins était donc un élément clé pour la suite de l'étude. La présentation téléphonique fut rigoureusement standardisée dans un souci de validité de l'étude :

« Allô, bonjour, je suis Charlotte PERRENOT, je suis interne de Médecine Générale en fin de cursus. Je réalise actuellement ma thèse sur la consultation conjointe en médecine générale, c'est-à-dire deux patients en couple qui ont l'habitude de consulter en même temps. Je souhaite vous rencontrer pour réaliser un entretien d'une vingtaine de minutes, enregistré puis anonymé. Par ailleurs, ma thèse comporte l'étude du ressenti des patients qui ont l'habitude de consulter tous les deux au même moment en présence de l'autre. Aussi, vous aurez à choisir un couple qui accepte de s'entretenir avec moi et de manière séparée. Acceptez-vous ? »

Les médecins cibles étaient des généralistes lorrains thésés et installés acceptant de participer à l'étude. Les médecins ont été choisis de manière à disposer de profils variés.

Les patients cibles étaient des conjoints ayant le même médecin traitant, consultant au minimum trois fois par an, tous les deux en même temps. Ils furent sélectionnés par le médecin inclus dans l'étude.

## **d. Guides d'entretien**

---

Le guide d'entretien n'est pas un questionnaire. [17] Il s'agit d'une liste des thèmes que le chercheur souhaite voir aborder sans ordre pré-défini.

Afin d'élaborer un guide d'entretien, nous avons dû émettre des hypothèses de résultats. [17] Ainsi, devant la problématique de savoir si la consultation conjointe permet une prise en charge individuelle comparable à celle d'une consultation individuelle, quatre hypothèses complémentaires furent retenues pour envisager des éléments de réponse :

- il s'agit d'une habitude inscrite dans l'équilibre du fonctionnement du couple,
- le déroulement lui-même de la consultation est perturbé par la présence du tiers,
- des avantages mais aussi des inconvénients existent à ces consultations conjointes,
- une consultation séparée proposée ponctuellement est une solution.

Cette trame devait être appliquée aux deux cibles, les médecins et les patients, pour permettre l'analyse comparée des résultats. Deux guides d'entretien furent donc réalisés, « en miroir ».

Une présentation standardisée de l'étude, préalable à l'entretien, était nécessaire pour une meilleure reproductibilité des résultats. Elle fut adaptée à la cible. Ainsi les médecins que nous avons déjà contactés au cours du recrutement avaient une introduction légèrement différente de celle des patients que nous n'avons pas contactés auparavant.

Au cours de l'entretien, il faut libérer au maximum l'interviewé pour qu'il se laisse aller à des associations d'idées [18] en l'aidant à soulager ses inquiétudes. [16] Pour cela, nous avons utilisé des questions directives mais imprécises. [19] Une stratégie d'intervention devait être définie pour permettre de relancer le sujet si besoin en cours de l'entretien.

Le guide d'entretien était modulable en fonction du déroulement de la rencontre. Dans ce sens, il pouvait être intéressant de demander à l'enquêté à la fin de l'entretien ce qu'il en avait pensé afin de modifier le guide en fonction de ses réflexions [19].

Pour les médecins, le guide d'entretien initial (Cf. l'annexe b) a évolué vers le guide d'entretien final suivant :

- Présentation de l'entretien :

« Je me présente, je suis Charlotte PERRENOT, je suis interne de médecine générale en dernière année et je suis donc en train de réaliser ma thèse sur les consultations conjointes en médecine générale. L'objectif est d'étudier le ressenti du médecin généraliste mais également des couples qui ont l'habitude de consulter tous les deux pendant la même consultation. En pratique j'enregistre notre échange, avec votre accord, pour me permettre de l'analyser par la suite. L'anonymat est bien sûr la règle.

Alors parlez-moi des consultations conjointes... »

- Thèmes à aborder, et leurs questions :

o Les circonstances de cette consultation particulière :

- Quels profils de patients ont l'habitude de consulter ensemble ?
- Quels sont les motifs de la consultation ?
- Comment en vient-on à ce type de consultation ?
- Pourquoi pensez-vous qu'ils consultent à deux ?

o Les différences qui existent entre une consultation conjointe et une consultation individuelle, et en visite :

▪ Le déroulement de la consultation conjointe :

- Comment se déroulent les deux consultations ?
- Quel est le ressenti du temps de parole entre les conjoints ?
- Quel est le ressenti du temps d'examen consacré entre les conjoints ?
- Quelle est votre attitude avec chacun des deux patients ? Existe-t-il une différence ?
- Existe-t-il une différence de durée par rapport à deux consultations séparées ?

▪ Le suivi individuel de chacun des deux patients :

- Le moral est-il abordé systématiquement ?
- Le conjoint consultant est-il une aide ou une gêne ou neutre ?
- Quels sont les avantages de la consultation conjointe ? Une facilitation des déplacements ? De l'interrogatoire ?
- Quels sont les inconvénients de la consultation conjointe ? Cela rend-il plus difficile l'examen clinique ? Le respect de la confidentialité ? Est-ce que cela favorise une routine ?



- L'éventualité de proposer la consultation séparée
  - Connaitre la relation du couple comporte-t-il un intérêt ?
  - Dans quelles situations le patient vous a-t-il déjà demandé une consultation séparée?
  - Avez-vous déjà ressenti le besoin de proposer une consultation séparée ? Pourquoi ?
  - Pourquoi avez-vous déjà proposé une consultation séparée ?
  - Quels freins existent-ils en pratique ? Est-ce une question d'acceptabilité ?
  - Quels sont les bénéfices ? Quid du niveau médical ?
  - Qu'en est-il du respect du secret médical ? De votre intimité ?
  
- Stratégie d'intervention, une relance est effectuée si certains mots clés sont énoncés :
  - Changement
  - Routine
  - Choix
  - Frustration

Pour les patients, le guide d'entretien initial (Cf. l'annexe c) a évolué vers le guide d'entretien final suivant :

- Présentation de l'enquête :
 

« Je me présente, je suis Charlotte PERRENOT, je suis interne de médecine générale en dernière année et je suis en train de réaliser ma thèse sur les consultations conjointes en médecine générale. L'objectif est d'étudier le ressenti du médecin généraliste mais également des couples qui ont l'habitude de consulter tous les deux pendant la même consultation.

Votre médecin traitant a accepté de participer à mes travaux de thèse. Il vous a donc choisi parce que vous êtes un couple qui consulte habituellement tous les deux pendant la même consultation. Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien qui durera environ vingt minutes, et sera enregistré, avec votre accord, puis anonymé.

Nous allons discuter de la consultation que vous faites habituellement conjointement avec votre épouse. Racontez-moi comment ça se passe. »
  
- Thèmes à aborder, et leurs questions :
  - Les circonstances de cette consultation particulière :
    - Depuis quand consultez-vous ensemble ?
    - Quels sont les motifs de la consultation ?
    - Pourquoi consultez-vous à deux ?

- Les différences entre une consultation conjointe et une consultation individuelle :
  - Le déroulement de la consultation conjointe :
    - Comment se déroulent les deux consultations ?
    - Quel est votre ressenti de votre temps de parole par rapport à celui de votre conjoint ?
    - Quel est votre ressenti du temps d'examen qui vous est consacré par rapport à votre conjoint ?
    - Quelle est votre attitude avec le médecin ? Existe-t-il une différence avec votre conjoint ?
    - Existe-t-il une différence de durée par rapport à deux consultations séparées ?
  - Le suivi individuel de chacun des deux patients :
    - Votre conjoint est-il une aide ou une gêne ou neutre ?
    - Quels sont les avantages de la consultation conjointe ? Une facilitation des déplacements ? De l'interrogatoire ?
    - Quels sont les inconvénients de la consultation conjointe ? Cela rend-il plus difficile l'examen clinique ? Le respect de la confidentialité ? Est-ce que cela favorise une routine ?
- L'éventualité de proposer une consultation séparée :
  - A quand remonte votre dernière consultation séparée ?
  - Comment avez-vous réagi à la proposition d'une consultation séparée ?
  - Souhaitez-vous que le médecin vous la propose ?
  - Dans quelles situations avez-vous déjà ressenti le besoin de consulter séparément ?
  - Pourquoi avez-vous déjà demandé ?
  - Quels freins existent-ils en pratique ? Est-ce une question d'acceptabilité ?
  - Quels sont les bénéfices ? Quid du niveau médical ?
  - Qu'en est-il du respect du secret médical ? Du respect de votre intimité ?
- Stratégie d'intervention, relance si certains mots clés énoncés :
  - Changement
  - Routine
  - Choix
  - Frustration

Deux guides d'entretien furent réalisés, « en miroir ».

## **e. Déroulement des entretiens**

---

Les entretiens se déroulaient idéalement dans le cabinet du médecin. Le moment de leur réalisation était indépendant du moment de leur consultation habituelle. Par ailleurs, les interviews étant indépendants, aucune règle d'ordre de passage ne fut retenue.

La description du milieu naturel où se déroulait la recherche devait être détaillée, permettant au lecteur de juger du caractère approprié du cadre. [17]

Pour les patients, nous leur avons expliqué à tous les deux le déroulement des entretiens avant leur interview individuel, de manière à les mettre en confiance et à ne pas les brusquer.

Après l'accord des personnes, le dictaphone était placé au centre du bureau. Les consignes de parler fort et distinctement étaient données. Les enregistrements ont permis de mieux contrôler l'observateur et l'interprétation des données. [17]

Le guide d'entretien était ensuite suivi. Au cours de l'entretien, nous avons pris éventuellement quelques notes.

Après l'arrêt de l'enregistrement, des questions personnelles étaient posées de manière à établir le profil précis des échantillons.

Les entretiens semi-dirigés étaient individuels. Intégralement enregistrés, ils se sont déroulés au cabinet à l'issue d'une introduction standardisée.

## **f. Entretien test**

---

Tout d'abord, nous avons dû tester les questions sur nous-mêmes afin de connaître nos propres opinions et réactions. Conscients de notre mode d'entretien et de notre style de conduite, nous risquons moins d'orienter les réponses de l'enquêté. [18]

Ensuite, un entretien avec une cible fut réalisé pour tester et adapter le guide d'entretien initial. Arbitrairement, nous avons décidé que le premier médecin disponible serait le médecin « testeur ».

L'entretien test a également servi pour éprouver le plan d'analyse des données. Ces dernières n'ont pas été intégrées aux résultats globaux des entretiens.

Un entretien « test » avec un médecin a permis d'éprouver et d'adapter le guide d'entretien. Ses données n'ont pas été intégrées à l'analyse globale.

## **g. Plan d'analyse des entretiens**

---

Les enregistrements numériques étaient la matière première de notre étude.

Dans un premier temps, l'anonymat fut ajouté sur chaque fichier, comme convenu avec les interviewés. A noter qu'afin d'envisager une analyse approfondie des résultats, le lien médecin-patients était symbolisé par la lettre utilisée pour l'anonymat du médecin, ainsi que le lien du couple par les chiffres 1 et 2 au sein du même couple.

L'étape suivante fut primordiale. Elle consistait à retranscrire méticuleusement le contexte de chaque entretien et littéralement l'entretien lui-même. Les retranscriptions ont permis de mieux contrôler l'observateur et l'interprétation des données. [14] Les silences, les hésitations, les exclamations, les rires, tout l'échange fut couché sur le papier le plus objectivement possible. Un autre chercheur devrait pouvoir analyser les mêmes données de la même manière et arriver aux mêmes conclusions. [14]

Les informations issues des entretiens devaient être validées par le contexte et n'ont pas eu besoin de l'être par la probabilité d'occurrence. Une seule information donnée par l'entretien pouvait avoir un poids équivalent à une information répétée plusieurs fois dans des questionnaires. [16]

Ensuite, l'analyse des données a pu débuter. Il est admis que plusieurs étapes se sont succédées : [15]

- La familiarisation avec les données ;
- L'identification des structures thématiques ;
- L'indexation des passages de texte par rapport à la structure thématique ;
- L'esquisse par réarrangement des données en fonction de la structure thématique ;
- L'interprétation en définissant des concepts, en créant des typologies et des associations.

Pour commencer, nous avons décidé de séparer l'analyse des données issues des médecins de celles issues des patients, la méthode restait toutefois identique pour les deux analyses. Une fois réalisées, nous avons pu comparer les résultats et en extraire des cas particuliers.

Ainsi, à partir des thèmes du guide d'entretien nous avons encodé chaque phrase ou groupement de phrases des retranscriptions. Après cette étape fastidieuse, au sein de chaque thème nous avons regroupé les idées et affiné l'analyse. Enfin, une synthèse a été proposée en reprenant les principaux résultats.

A noter que les résultats sont étroitement liés à leurs interprétations, les parties « Résultats » et « Interprétations » sont confondues, contrairement aux études quantitatives. [14]

L'anonymat fut mis sur les entretiens. Ces derniers ont été retranscrits pour permettre leur étude. Le découpage des données en items, puis leur regroupement par thèmes ont constitué la méthode d'analyse.

## **h. Avis complémentaires, déontologique et juridique**

---

La redondance de l'information dans le recueil, en cours d'enquête, peut être un motif d'arrêt du recrutement de la population étudiée. A l'inverse de la saturation, il peut être nécessaire d'étendre l'échantillon pour chercher à obtenir des données venant modifier ou contredire l'analyse. Un recrutement dans un secteur différent peut être utile. [14]

Notre étude porte sur la pratique d'une consultation très spécifique, assimilée à la consultation en présence d'un tiers. Toutefois, n'ayant jamais été étudiée spécifiquement, la consultation conjointe soulève des questions notamment d'un point de vue du suivi médical individuel et du secret médical. Il apparaît pertinent de recueillir des éclairages déontologiques et juridiques sur notre sujet.

Une lettre de demande d'entretien est envoyée au président de la section « Ethique et Déontologie » du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Une consultation est demandée à un Avocat au Barreau de Nancy, spécialiste en contentieux médical.

La consultation conjointe soulève des questions notamment d'un point de vue déontologique, quant au respect du secret médical. Les avis d'un avocat et d'un représentant du Conseil de l'Ordre des Médecins permettraient de connaître le cadre juridique et déontologique de ce type de consultation.

## IV. Résultats : l'analyse des entretiens

---

### a. Ressenti général

---

Les entretiens se sont déroulés durant les deux dernières semaines de juillet 2010. Malgré la période estivale propice au repos, les médecins et leurs patients étaient tous très accueillants et curieux, voire impatients de se faire interviewer.

Les médecins avaient tous réfléchi au sujet suite à ma présentation téléphonique. La plupart s'interrogeait sur l'objectif de l'étude, car pour ceux qui font des consultations conjointes couramment, il semblait évident que ça se passait bien. Avant notre étude, aucune réflexion professionnelle n'avait eu pour objet ce genre de double consultation.

Seul un médecin ayant vécu un problème de prise en charge à cause d'une consultation conjointe avait une vision critique de l'existence de cette consultation particulière.

La conversation hors enregistrement se poursuivit pendant dix à quarante minutes, preuve d'un intérêt suscité par la question des limites de cette consultation conjointe, voire de sa remise en cause.

La sensation d'être soumis à une sorte d'évaluation des pratiques professionnelles était à notre sens palpable à chaque entretien avec les médecins, se matérialisant par une attitude « défensive » pour certains.

Tous les médecins ont fini l'entretien en se posant des questions sur leur prise en charge, notamment après avoir trouvé au cours de l'échange un élément susceptible de remettre en cause cette pratique.

Concernant les patients, ils étaient rapidement mis en confiance, après une explication du déroulement des entretiens au couple. Ensuite, ils choisissaient lequel des deux ferait le premier entretien, seul avec moi.

La plupart parlait systématiquement au nom de l'autre lors de notre entretien, reflétant le fonctionnement de leur couple.

Les patients ne remettaient pas en cause la qualité de la prise en charge, même si certains avaient quelques remarques. Ils évoquaient la totale confiance en leur médecin. Cette confiance leur permettrait de venir à deux, mais elle permettrait également de modifier leurs habitudes si leur médecin le leur suggérait.

La sensation d'être soumis à une sorte d'évaluation des pratiques professionnelles était à notre sens palpable lors des entretiens des médecins.

Les patients évoquaient la totale confiance en leur médecin, leur permettant de venir à deux mais aussi de modifier leurs habitudes s'il le leur suggérait.

## **b. Constitution des échantillons**

---

### **i. Recrutement téléphonique des médecins**

Il a fallu contacter seize médecins généralistes selon le recrutement téléphonique standardisé tel que défini pour notre étude, pour obtenir l'accord de six médecins disponibles.

Cinq autres ont donné leur accord, mais un partait en vacances, un entrait en hospitalisation, un avait des travaux à son cabinet, deux devaient nous rappeler une fois un couple sélectionné.

Un a refusé, argumentant qu'il ne faisait aucune consultation conjointe et qu'il n'avait pas le temps de nous recevoir.

Quatre étaient injoignables pour cause de vacances, dont un devait nous appeler selon la secrétaire.

La motivation semblait parfois celle d'aider un jeune confrère comme l'illustrent les propos du médecin E : « *Faut bien aider les jeunes !* ». Tous souhaitaient en savoir plus pour préparer leur entretien. Quelques explications suffisaient alors pour qu'ils comprennent l'intérêt de la spontanéité des réponses dans cette méthode.

Organiser matériellement les entretiens était source d'inquiétude, l'interview des couples nécessitant un bureau disponible au sein du cabinet. Chaque médecin recruté avait par chance un deuxième bureau.

Une difficulté était de convenir d'une date pour faire les entretiens étant donné qu'au premier contact téléphonique les médecins n'avaient pas l'accord des patients. Il a donc fallu les contacter une deuxième fois pour s'assurer qu'un couple avait consenti à participer à l'étude, et donc organiser un rendez-vous.

Il a fallu contacter seize médecins généralistes selon le recrutement téléphonique standardisé tel que défini pour notre étude, pour obtenir l'accord de six médecins disponibles.

## **ii. Recrutement des couples de patients**

Chaque médecin avait sélectionné un couple de patients répondant aux critères d'inclusion de l'étude. Spontanément, les couples avec une personne souffrant de démence ont été exclus par les médecins eux-mêmes pour des raisons pratiques de réalisation des entretiens.

Chacun des couples accepta d'emblée de participer. La sélection de patients par le médecin ne fut pas un critère limitant l'inclusion de médecins ayant donné leur accord pour contribuer aux travaux de cette thèse.

Sur les cinq couples, deux ont été interviewés à la suite de leur consultation avec leur médecin et les trois autres sont venus exprès.

Les patients et leur médecin furent donc rencontrés systématiquement le même jour, l'un à la suite de l'autre.

Chaque médecin avait sélectionné un couple de patients répondant aux critères d'inclusion de l'étude.



## c. Présentation des échantillons

---

### i. Profil des 5 médecins

Profil des médecins interviewés :

<i>Médecins</i>	<i>Test</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>
<b>Sexe</b>	H	H	F	F	H	F
<b>Age</b>	43	55	41	54	48	39
<b>Département</b>	88	54	57	88	54	55
<b>Mode d'exercice</b>	Groupe	Seul	Groupe	Maison médicale	Maison médicale	Groupe
<b>Consultations</b>	Sur RDV	Sur RDV et libres	Sur RDV et libres	Sur RDV	Sur RDV	Sur RDV
<b>Estimation de la fréquence des consultations conjointes</b>	16/mois	3-4/mois	25/mois	10/mois	3/mois	5/mois

Le panel était varié afin d'être le plus représentatif possible des situations de soins en médecine générale en Lorraine.

Il n'y a pas de profil type du médecin généraliste qui réalise des consultations conjointes parmi ces cinq sujets.

La fréquence estimée des consultations conjointes est très variable au sein de notre échantillon.

Il n'y a pas de profil type du médecin généraliste qui réalise des consultations conjointes parmi ces cinq sujets.
--

## ii. Profil des 10 patients

Profil des patients interviewés :

<b>Patients</b>	Sexe	Age	Permis B	Pathologie(s)	Profession
<b>A1</b>	F	72	oui	Insuffisance veineuse	Retraitée de l'administration de l'éducation
<b>A2</b>	H	70	Perdu pour invalidité	HTA, surdité, DMLA, séquelle d'hémorragie méningée)	Retraité de l'éducation, instituteur
<b>B1</b>	H	40	oui	HTA, dyslipidémie	Employé aux espaces verts, horticulteur
<b>B2</b>	F	46	oui	AIT et d'adénome hypophysaire	Agent immobilier
<b>C1</b>	H	69	oui	Spasme coronarien, BPCO, cancer de prostate	Responsable transport dans la sidérurgie
<b>C2</b>	F	68	non	AVC	Femme au foyer
<b>D1</b>	H	78	oui	Trouble du rythme, HTA, arthrose, dyslipidémie, insuffisance veineuse	Retraité, agriculteur
<b>D2</b>	F	74	oui	HTA, ostéoporose, dyslipidémie	Retrait�e, agricultrice
<b>E1</b>	H	78	oui	Trouble du rythme	Retraité, électricien
<b>E2</b>	F	76	non	Insuffisance rénale, HTA, dyslipidémie	Retrait�e, coiffeuse

90 % des patients ont une pathologie chronique.

80 % des entretiens commencèrent par l'homme.

80 % des patients ont plus de 60 ans.

60 % des couples n'ont qu'une personne qui conduit.

Il n'y a pas de prépondérance d'une catégorie socio-professionnelle.

La majorité des patients dans notre étude correspond au profil de la personne de plus de 60 ans, atteinte de pathologies chroniques, qui possèdent son permis de conduire.

## **d. Déroulement des entretiens**

---

### **i. Entretien « test » avec un médecin généraliste**

Avant de débiter tous les entretiens, un « test » fut réalisé avec un médecin généraliste.

Le premier intérêt fut de modifier la grille d'entretien, en ôtant par exemple le thème de la satisfaction du médecin à la sortie d'une telle consultation.

Par ailleurs, la question d'ouverture sur l'entretien intitulée « que pensez-vous de ces consultations » fut modifiée en « décrivez-moi les consultations conjointes ».

Le deuxième intérêt fut de soumettre notre analyse à l'avis expert de Mme le docteur KIVITS, sociologue. Cette dernière valida nos résultats et leur méthode d'obtention, permettant d'analyser les autres entretiens de la même manière. Ces données n'ont pas été intégrées à l'analyse globale.

Un autre intérêt était de permettre à l'enquêteur, naïf pour ce type d'enquête, d'acquérir une première expérience.

L'entretien test était indispensable pour adapter la grille d'entretien mais aussi pour nous permettre d'acquérir une première expérience.

### **ii. Entretiens avec les médecins**

Les entretiens se sont déroulés après l'intégration du dictaphone numérique sur leur bureau dans leur cabinet, ou pour l'un des médecins sur sa table de jardin. Les enregistrements ont duré en moyenne quinze minutes, et autant voire plus après hors enregistrement.

Systematiquement, la première réaction était une réaction de surprise quant au choix du sujet. De plus, le mode semi-directif étant souvent déstabilisant, ils attendaient tous des questions précises malgré les explications sur la méthode qualitative.

L'exemple de fonctionnement d'une consultation conjointe pris par le médecin se basait quasi-systématiquement sur le couple choisi.

Au départ, leurs avis étaient tranchés. Certains médecins s'étaient déjà posés la question (1/5 médecins). D'autres ne se l'étaient jamais posés parce qu'il n'y avait pas de raison selon eux. Dans ce cas, seul un médecin ne modifia pas son opinion au fur et à mesure de l'entretien, tandis que pour les autres naissaient des interrogations sur leur propre expérience.

Les entretiens ont duré en moyenne quinze minutes. Systématiquement, la première réaction du médecin était de nous faire part de sa surprise quant au choix du sujet. Pour la plupart, naissaient au fur et à mesure des interrogations sur leur propre expérience.

### **iii. Entretiens avec les patients**

Après une explication commune du déroulement des entretiens, dans un bureau au sein du cabinet de leur médecin, les patients étaient interviewés séparément.

Les entretiens des patients étaient tous très différents les uns des autres. Leur durée moyenne a été de quatorze minutes. Leur bonne volonté et leur curiosité ont su supplanter leur anxiété flagrante d'être interviewés.

Les hommes ont parlé en moyenne quinze minutes contre treize minutes pour les femmes.

Tout comme les médecins, les patients finissaient par poser des questions après l'enregistrement. La durée maximum hors enregistrement fut de trente minutes.

Ils ont tous insisté sur la confiance qu'ils avaient envers leur médecin et sur leur satisfaction de la relation qu'ils entretenaient avec lui. La relation médecin-malade était préservée selon les patients, sauf pour le premier couple.

Malgré l'absence du conjoint, la majorité des patients parlaient systématiquement au nom de celui-ci, et à chaque fois l'interviewé finissait par se prononcer sur les probables réponses et attitudes du conjoint à son interview.

Les entretiens ont duré en moyenne quatorze minutes. La majorité des patients parlaient systématiquement au nom de leur conjoint, malgré leur absence.

## e. Analyse du vécu des médecins

---

### i. Les circonstances de cette consultation particulière

- **La fréquence des consultations conjointes :**

- Certains médecins estiment que la consultation conjointe est peu fréquente.

D/<sup>11</sup> *Il y a peu de gens qui viennent régulièrement en couple.*

E/ *Mais il y en a beaucoup plus qui consultent séparément que en couple, ça c'est très net.*

- A contrario, le médecin B rapporte que les consultations conjointes sont nombreuses.

B/ *\*En fait je m'en suis rendu compte depuis que vous m'avez appelé que ouais y'en a pas mal qui viennent à deux, ouais, oui enfin oui mais bon je trouve ça complètement banal.*

- Certains médecins rappellent qu'ils sont souvent le médecin traitant de patients en couple ne consultant jamais ensemble.

D/ *Il y a des couples par exemple où je soigne l'homme et la femme et ils viennent jamais ensemble...*

E/ *J'ai beaucoup de couples où il y a le mari qui vient ou la femme qui vient mais c'est toujours séparé, toujours, donc c'est qui ont pas envie d'être accompagnés de leur mari ou de leur femme à la consultation. Parce que soit ils ont pas envie de tout dire.*

- **Le profil des patients :**

- Selon certains médecins, la plupart des patients consultant régulièrement ensemble ont entre 50 et 75 ans et peuvent encore se déplacer au cabinet.

C/ *Par définition euh s'ils viennent en consultation, ça veut dire déjà qu'il n'y a pas trop de dépendance, mais c'est sûr c'est pas les jeunes, c'est plutôt, on va dire entre cinquante et soixante quinze ans...*

---

<sup>11</sup> Pour savoir à quel profil correspond l'interviewé, se référer à la partie *Matériel et Méthode* page 55.

- Il ne semble pas pour autant exister un profil-type de ces patients, que ce soit en termes d'âge ou de contexte.

*B/ Le plus jeune petit couple là j'y ai pensé, elle doit avoir seize ans et lui dix huit voilà j'ai vu en début de semaine, et euh... les plus vieux, ils ont quatre vingt dix ans, et voilà et voire même plus, parce que maintenant je vais les voir chez eux, et ils venaient tous les deux euh, non il n'y a pas d'autres, des couples homos, deux femmes qui viennent souvent ensemble, euh euh des hommes voilà.*

- **Le fonctionnement du couple :**

- Le fonctionnement du couple est mis en lumière lors de ces consultations : l'un est dénonciateur, ou infantilisant.

*A/ Vous ne savez pas la relation de couple quoi, euh la perversité de la relation, le dénonciateur c'est, docteur elle vous dit qu'elle prend ses médicaments mais moi je le sais qu'elle ne les prend pas, c'est très gênant pour tout le monde. Ou alors celui qui infantilise l'autre, tout est possible.*

*D/ \*Souvent la femme materne son mari hein quand les gens viennent en couple.*

- Sont aussi mis en lumière le caractère des patients, et la complémentarité au sein du couple avec par exemple l'un timide et l'autre moins.

*B/ Il y a peut être des gens qui viennent en couple parce que bon, ils ont des choses à demander mais ils n'osent pas, donc c'est le conjoint qui va émettre des inquiétudes, poser des questions.*

- Certains médecins pensent que venir à deux ne signifie pas que la relation est basée sur la domination.

*B/ Je pense que s'ils font la démarche tous les deux alors moi dans ma clientèle, je n'ai pas l'impression qu'il y ait un dominant et un dominé.*

- La relation de couple visible en consultation reflète celle au sein du foyer. Le couple peut être fondé sur une relation de dominant-dominé avec l'un qui gère la vie familiale.

*C/ \*On voit bien de toute façon que ces couples là il y en a un qui est dominant et qui gère quoi... Qui gère les traitements, qui gère ceci, enfin qui doit gérer le reste aussi à la maison... Ce n'est pas toujours, ce n'est pas systématiquement ou l'homme ou la femme, il y a des couples où c'est l'homme et il y a des couples où c'est la femme.*

- Mais gérer n'est pas systématiquement synonyme de supériorité au sein du couple.

*E/ Souvent il y en a un qui gère en fait, qui gère tout et qui comprend bien ce qui se passe et puis qui comprend les consignes et en général, euh, il y en a un des deux donc du coup les consignes sont mieux, mieux respectées.*

- Les patients consultant à deux semblent appartenir à des couples sans problèmes, notamment de violences, de dépression ou de sexualité. Il s'agit souvent d'un couple fusionnel, une sorte de couple inséparable.

*C/ Dans ceux que je connais, j'ai l'impression entre guillemets qu'ils n'ont pas de problèmes.*

*D/ Que les couples qui ont cette habitude sont ceux qui par définition s'entendent bien [...] Il y a un autre couple, euh vouais j'ai deux autres couples aussi qui sont des des couples euh des retraités mais des couples illégitimes, des couples reconstitués, je je dois en avoir quatre, pareil c'est des gens, des divorcés qui sont ensemble et qui se euh se lâchent pas [...] Et puis il y en a qui sont inséparables hein c'est ... ils sont toujours collés donc euh ils font tout ensemble, ils vont chez le médecin ensemble, ils vont faire les courses à cora ensemble [...] Je ne pense pas parce que ceux qui viennent en couple c'est des retraités qui n'ont plus ces problèmes [...] Pour cette tranche d'âge là j'ai pas deeee, j'ai pas euh de problème particulier [...] Cela ceux qui viennent en couple régulièrement ils ont plus de soixante dix ans ils sont retraités ils sont... quand même bien stabilisés au niveau professionnel couple euh famille... C'est des gens chez qui on sent qu'il n'y a pas de tensions quoi quoi.*

- **Les raisons de la consultation conjointe : un choix des patients**

- **Les raisons médicales :**

- Il s'agit essentiellement de patients atteints de maladies chroniques, venant consulter pour le suivi régulier de leurs pathologies. La chronicité explique ces consultations, lors d'affection aiguë les patients peuvent consulter de manière isolée.

*A/ Moi je vois mes patients chroniques tous les trois mois.*

*B/ Donc ils viennent pour le renouvellement de leur traitement [...] C'est souvent pour des renouvellements chroniques [...] Quand je les vois souvent en couple, c'est bon pour c'est des problèmes chroniques quoi hein, c'est voilà donc ils viennent pour le renouvellement de leur traitement [...] Donc ils viennent pour le renouvellement de leur traitement, et maintenant s'il y en a un qui a une bronchite il vient pas forcément avec sa femme ou son mari quoi, hein il vient tout seul, donc là je les vois, il y a aussi des fois où je les vois tout seul.*

C/ *Je pense que ça coule de source, ils ont déjà, ça suppose déjà qu'ils ont un traitement entre guillemets, chronique tous les deux, euh quand c'est des consultations occasionnelles évidemment ça se pose pas ils viennent pas forcément ensemble... [...] C'est des consultations on va dire, de pathologies chroniques.*

D/ *\*Ce mois-ci par exemple il y en avait trois, trois couples, alors bon ça c'est des gens qui viennent tous les deux mois [...] \*C'est vraiment le renouvellement des des facteurs de risque cardio-vasculaire, d'hypertension tout ça ça pose à priori pas de pas de problème.*

- La présence d'une dépendance physique locomotrice favoriserait la consultation à deux.

A/ *\*Lui a été opéré d'un canal lombaire étroit, si bien qu'il ne conduisait plus, et elle, n'ayant pas son permis de conduire, m'a appelé un jour en urgence pour lui [...] \*Lui est handicapé suite à un accident vasculaire cérébral, donc il est dépendant, c'est elle qui le conduit donc, ils venaient toujours ensemble.*

- L'absence de communication possible entre le médecin et un des conjoints ou la présence de troubles mnésiques chez le patient conduirait à cette situation de consultation en couple.

A/ *Oh bah y'a des cas où c'est obligatoire, euh... quelqu'un qui a une maladie d'Alzheimer bah c'est difficile de la voir seule.*

- Certains médecins évoquent la vieillesse et son issue comme pouvant être une source d'angoisse pour le conjoint. La consultation conjointe serait rassurante pour avoir toutes les informations.

E/ *\*C'est des couples assez âgés, hein les couples, euh, euh, pfff, les plus jeunes ont soixante ans, qui consultent ensemble, les autres viennent séparément... Bon c'est peut-être une tendance aussi, c'est peut-être quand on vieillit qu'on est euh plus l'un sur l'autre quand même. Je pense qu'il y a aussi des angoisses, euh, euh, par rapport à ça, des angoisses par rapport à la mort, par rapport heu... A ce qui peut arriver à l'autre etcetera. C'est plus euh voilà, ils sont très très proches et ils sont toujours très angoissés par rapport à l'issue. Donc ils viennent tous les deux comme ça ils sont rassurés, euh, de voir que l'autre va pas mal.*

#### ▪ **Les raisons non médicales :**

- Pour la plupart des médecins, les patients consultent à deux pour une question pratique d'organisation. Les contraintes de transport facilitent la consultation à deux, surtout en l'absence de permis B pour l'un des deux.

A/ *Je pense que les gens ils viennent parce que c'est pratique voilà.*



*C/ Il y a peut être quelque cas de figure où la dame n'a pas le permis... Ca existe encore mais je pense ce n'est pas encore la majorité. Et et ils ont pris l'habitude de venir faire leur traitement tous les deux trois mois, euh, ensemble. Parce que ça tombe en même temps et puis c'est surement plus pratique que de venir séparément mais euh c'est moi qui interprète, je n'en sais rien [...] \*Moi j'ai l'impression qu'il y a vraiment des couples qui viennent parce que c'est pratique on prend qu'une seule voiture.*

*D/ Bah ça peut être des des gens en milieu rural où la femme ne conduit plus pas donc quitte à prendre la voiture bah ils viennent tous les deux euh en voiture ensemble... C'est une question de facilité je pense.*

- Toutefois, le médecin C explique que certains patients en couple viennent au même moment donc c'est pratique pour eux, mais consultent séparément l'un après l'autre.

*C/ J'ai des couples qui viennent, mais qui consultent séparément, j'en ai quelques un mais c'est très rare, ceux qui viennent, j'en prends un, après je prends l'autre qui est en salle d'attente.*

- Cette situation d'accompagnement serait valable pour l'ensemble de leur organisation, que ce soit le médecin, la pharmacie ou les courses, il s'agirait du fonctionnement du couple.

*C/ \*Moi j'ai l'impression qu'il y a vraiment des couples qui viennent parce que c'est pratique on prend qu'une seule voiture, et en même temps on va à la pharmacie et puis terminé*

*D/ Ils viennent à deux, ils vont à la pharmacie après et puis il y en a qui sont inséparables hein*

- Il s'agirait systématiquement d'une habitude des patients, sans que le médecin intervienne.

*C/ Ils ont pris l'habitude de venir faire leur traitement tous les deux trois mois, euh, ensemble.*

- La présence de l'autre serait tout simplement un souhait partagé des patients.

*E/ Ceux qui consultent ensemble c'est d'un commun accord en général, ils sont, ils ont envie que l'autre vienne aussi, parce que il y en a beaucoup qui consultent seuls !*

- Un des médecins assimile la consultation conjointe à une consultation de routine.

*D/ Les renouvellements, les consultations de routine en couple, sont rares.*

▪ **Les raisons ne sont pas connues :**

- Soulignons qu'à l'instar du médecin C, les médecins ne se sont pas posés la question des raisons des consultations conjointes.

*C/ Je ne m'étais jamais posée la question, parce que pour euh je pense que ça coule de source, ils ont déjà, ça suppose déjà qu'ils ont un traitement entre guillemets, chronique tous les deux, euh quand c'est des consultations occasionnelles évidemment ça se pose pas ils viennent pas forcément ensemble... [...] Je crois qu'elle conduit plus elle, au début elle conduisait encore mais maintenant elle ne doit plus conduire du tout, euh... C'est c'est vrai qu'en plus je ne lui ai pas posé la question parce qu'ils viennent ensemble donc la question ne se pose pas.*

Selon les médecins, la plupart des patients consultant régulièrement ensemble sont des personnes âgées atteintes de pathologies chroniques. La consultation conjointe serait un reflet de la relation du couple, par définition elle serait réalisée spontanément par des couples « stables ». Toutefois les médecins ne connaissent pas vraiment les raisons qui mènent à réaliser ce type de consultation, ne l'ayant pas eux-mêmes choisi. La plupart estime qu'il s'agit surtout d'une question de pratique pour les patients.

ii. **Le déroulement d'une consultation conjointe comparée à une consultation individuelle**

• **La déroulé de la consultation conjointe :**

- Les médecins peuvent considérer que la consultation conjointe est « protocolisée » en deux consultations distinctes. Le médecin C évoque même la notion de « rituel ».

*A/ On passe à l'un et ensuite à l'autre.*

B/ *Qui ont consulté en même temps, qui s'installent à deux, et en fait je me rends compte, je fais toujours la même chose quoi ! J'installe, je commence par madame (rire) monsieur, et puis voilà je l'examine, je m'occupe de lui, et puis euh après je prends la deuxième personne [...] Donc non j'arrive à individualiser et quand je conclus ma consultation, je dis c'est bon on a fait le tour vous avez d'autre chose à dire, maintenant on passe à l'autre malade, alors bon des fois il me ré interpelle, je ne vous ai pas dit ça, je dis attendez, je suis avec votre femme ou votre mari on verra après, non j'arrive à bien scinder, donc, il y a quand même une prise individuelle.*

C/ *Ils se mettent assis tous les deux en face de moi évidemment, et en principe il y a une sorte pas de rituel faut quand même pas exagérer (rire) mais si c'est le monsieur qui commence c'est toujours lui et puis si c'est la dame c'est toujours elle [...] Puis on fait l'examen, l'ordonnance, et puis après je, après la carte vitale et puis on passe au deuxième, comme si c'était deux consultations...*

D/ *Chacun son tour...*

- Cependant, selon le médecin A, il n'y aurait pas de « protocole » établi.

A/ *Il n'y a pas de règles.*

- L'interrogatoire de la consultation conjointe serait enrichi.

E/ *C'est-à-dire qu'on va plus on va avoir plus de renseignements euh... sur l'histoire de la maladie, on va avoir plus de détails, euh, et ça ça sera plus complet.*

- La situation pourrait se transposer en visite au domicile, même si elle semble devenue rare.

B/ *\*Les plus vieux, ils ont quatre vingt dix ans, et voilà et voir même plus, parce que maintenant je vais les voir chez eux, et ils venaient tous les deux [...] Ceux que j'ai ils sont tous seuls à domicile.*

D/ *En général c'est toutes des veuves mais c'est la tournée des veuves (rire) mais en général il n'y a plus de couple, j'ai... je ne suis plus de couple à domicile.*

- Comparée à une consultation « habituelle », la durée moyenne de la consultation conjointe varie selon les médecins : de plus court à plus long, en passant du pareil au même.

B/ *\*Ca fait même gagner du temps parce que ça évite d'ouvrir les portes. (rire)*

E/ *\*Ca prends plus de temps, c'est plus long, la consultation est plus longue, parce que souvent on écoute les deux pour euh, pour un patient il faut écouter les témoignages de l'un et de l'autre donc euh, souvent c'est quand même plus long. [...] Non ça sûr qu'on passe pas autant de temps. Ça c'est certain, parce que les pathologies font que, euh, on passe pas autant de temps sur une sur des pathologies différentes. C'est vrai, ça c'est sûr, c'est sûr que Mr E1 je passe plus de temps qu'avec Mme E2 qui a des pathologies, moins lourdes.*

A/ *Non non, non ça ne change rien. Je prends mon temps, je prends le temps qu'il faut quand il faut. Je ne calcule pas le temps.*

C/ *Pour moi il n'y a pas de différences majeures J'ai pas, je ne vois pas de cas où ça durait plus longtemps de fait qu'ils soient tous les deux ensemble.*

- **L'attitude des patients :**

- Le conjoint est considéré comme simple témoin de la consultation du patient par le médecin C.

C/ *Comme si c'était deux consultations, sauf que évidemment l'autre assiste à la consultation de l'autre...*

- Le conjoint semble être une aide pour le médecin, pour la prise en charge globale et l'anamnèse ; notamment en cas de trouble cognitif.

C/ *J'ai un couple par exemple... la dame elle a un Alzheimer et là de toute façon là la question ne se pose pas, là c'est lui qui, elle intervient très peu parce que elle a des réponses stéréotypées c'est toujours les mêmes depuis un an et demi et, bon s'il y a quelque chose c'est lui je m'adresse qu'à lui, mais ça c'est un peu exceptionnel [...] J'ai une autre dame où c'est elle a... elle a d'autres problèmes de santé qui font que ce n'est plus trop elle qui intervient.*

E/ *\* Ils nous disent un petit peu, oui mais oui mais il fait pas ça comme il faut, ils nous disent aussi, euh, ou quand ils osent pas nous dire, par exemple qu'ils ont mal quelque part ou voilà, mais dis-le au docteur que t'as eu mal et voilà tout ce qu'il va pas vous le dire, enfin des choses comme, c'est plus des choses comme ça qui sortent. [...] Parce que de temps en temps et ben ils ont oublié un truc et puis euh il y a la femme ou le mari qui dit mais si souviens toi*

- La consultation serait déséquilibrée lorsqu'un patient est dominant et gère pour l'autre.

C/ *On voit bien de toute façon que ces couples là il y en a un qui est dominant et qui gère quoi...*

- La désapprobation ou la non approbation par l'un des deux, serait notamment visible à travers la communication non verbale, comme le souligne le docteur A.

A/ *\*Elle levait toujours les yeux au ciel dès qu'il se plaignait de quelque chose.*

- Si le médecin est pris à partie dans la relation de couple, alors c'est l'échec de la prise en charge. Il peut exister un complice ou un dénonciateur.

*A/ Et quand il y a un complice c'est difficile mais quelque fois, c'est dans l'autre sens, il y a un dénonciateur.*

- **L'attitude du médecin :**

- Selon les médecins, il ne semble pas exister d'impact de la présence du conjoint sur leur façon de mener une consultation.

*B/ Moi d'un point de vue organisation de mon travail ou quoi ça ne changera pas ! Il peut intervenir si je pose des questions au moment de mon interrogatoire... Si y'en a un qui me dit oui mais y'a ça, je dis oui mais attendez on verra ça après, je fais malade par malade*

*C/ Pour moi j'ai l'impression de consulter enfin, je dis bien j'ai l'impression, de consulter de la même façon...*

- Les médecins ne semblent pas avoir une attitude différente avec chacun des deux patients.

*B/ Pour moi l'examen clinique il sera le même voilà, ils sont rentrés dans le bureau tous les deux ils le savaient, euh donc euh, voilà, si y'en a que ça gêne ! [...] Pour moi ça ne change rien du tout !*

*C/ C'est une bonne question ! Parce que, l'impression c'est non ! L'impression pour moi je fais deux consultations [...] s'il y a des choses particulières bah s'il y en a pour l'un ça peut être un peu plus long, mais la fois d'après ça peut être pour l'autre [...] Mais s'il n'y a pas ces problèmes cognitifs là euh... je pense que non, je pense que c'est assez équilibré.*

*D/ Tout du moins j'essaie, je ne bâcle pas le deuxième normalement...*

- La consultation n'est pas toujours équilibrée entre les deux patients. L'attitude du médecin envers le patient peut être perturbée par le couple, notamment son jugement peut être faussé avec des a priori.

*A/ Il m'a dit un jour, il est venu tout seul, sa femme attendait en salle d'attente, il m'a dit écoutez docteur faut que je vous vois seul, parce que vous ne m'écoutez jamais, vous ne faites pas attention à moi, euh j'ai des choses à vous dire et vous ne vous rendez même pas compte que je ne vais pas bien [...] \*J'avais un a priori parce que c'était elle [...] Je n'avais pas de plaisir à voir elle, mais lui oui.*

- Le médecin peut même ne s'adresser qu'au conjoint et non plus au patient lui-même, notamment si ce dernier souffre de trouble cognitif.

*C/ J'ai un couple par exemple... la dame elle a un Alzheimer et là de toute façon là la question ne se pose pas, là c'est lui qui, elle intervient très peu parce que elle a des réponses stéréotypées c'est toujours les mêmes depuis un an et demi et, bon ya si il y a quelque chose c'est lui je m'adresse qu'à lui, mais ça c'est un peu exceptionnel... [...] J'ai une autre dame où c'est elle a... elle a d'autres problèmes de santé qui font que ce n'est plus trop elle qui intervient...*

- **Les difficultés rencontrées :**

- Selon certains médecins, certains conjoints auraient tendance à monopoliser la consultation.

*D/ Faut essayer que l'autre ne réponde pas à la place de l'autre [...] S'il y en a un qui dit bah non je mange pas beaucoup et si l'autre se met à rigoler heu vous pensez que c'est pas forcément ça.*

- Le conjoint peut être une gêne pour le médecin, notamment lors de l'annonce diagnostique.

*A/ C'est difficile euh pour un médecin de savoir ce qu'il a le droit de dire ou pas le droit de dire en présence de quelqu'un d'autre hein, c'est, il faut tenir compte de la la, on ne peut pas dire, je ne sais pas euh, à la coloscopie vous aviez un cancer (sourire) débutant au niveau du colon alors que le conjoint est là [...] Je me souviens d'une consultation où les deux venaient toujours ensemble, ça me gênait.*

*C/ Quand on pose les questions, euh... on n'a pas toujours on n'a pas toujours qu'une réponse hein on peut en avoir deux ! forcément ! (rire) quand ce n'est pas même des fois contradictoire.*

*D/ Faut essayer que l'autre ne réponde pas à la place de l'autre.*

- Lorsque les caractères des deux patients engendrent des interférences durant la consultation, la relation médecin-malade de l'un des deux peut être altérée.

*A/ \*Lui était sympathique comme tout, et elle euh, vraiment, pas antipathique mais j'appellerais chieuse quoi, je ne sais pas comment dire autrement, c'est-à-dire qu'elle se plaignait euh tout le temps.*

- Le médecin peut être pris à témoin dans la relation du couple.

*A/ Vous ne savez pas la relation de couple quoi, euh la perversité de la relation, le dénonciateur c'est, docteur elle vous dit qu'elle prend ses médicaments mais moi je le sais qu'elle ne les prend pas, c'est très gênant pour tout le monde.*

Selon les médecins, la consultation conjointe serait réalisée telle deux consultations individuelles, l'une à la suite de l'autre. Le conjoint ne semble pas avoir d'impact majeur durant la consultation. Des difficultés peuvent survenir lorsque la relation au sein du couple est déséquilibrée.

### **iii. Les avantages et les inconvénients pour la prise en charge de chacun des patients**

- **Avantages de la consultation conjointe :**

- D'une part, pour le patient lui-même.
  - Le conjoint peut pallier à la timidité du malade, en exprimant ses inquiétudes et en posant des questions.

*B/ Il y a peut-être des gens qui viennent en couple parce que bon, ils ont des choses à demander mais ils n'osent pas, donc c'est le conjoint qui va émettre des des inquiétudes, poser des questions.*

- Le patient est souvent réconforté par le conjoint au cours des annonces diagnostiques.

*D/ L'annonce d'un mauvais résultat, ils viennent en couple en général euh, euh il y a un besoin aussi d'être réconforté de ne pas être tout seul.*

- D'autre part pour le médecin, et donc la prise en charge du patient.
  - La consultation donne un aperçu du fonctionnement du couple, pouvant apporter des éléments utiles pour la prise en charge.

*A/ Alors, c'est bien parce qu'on voit comment fonctionne le couple mais euh est-ce que c'est vraiment d'un intérêt majeur pour la relation médicale, j'en sais rien.*

*D/ \*Des fois ça peut être utile aussi parce qu'on peut avoir des informations extérieures. S'il y en a un qui dit bah non je mange pas beaucoup et si l'autre se met à rigoler heu vous pensez que c'est pas forcément vrai [...] Par rapport à la consultation seule ça permet un petit peu de voir comment marchent les choses dans le couple euh si il y a une complicité s'il y en a un qui a l'air un peu plus attentif à l'autre euh eest souvent la femme maternelle son mari hein quand les gens viennent en couple mais euh... ça donne une petite idée quoi de ... de la façon dont les choses se passent.*

*E/ On sait comment le conjoint euh par exemple, Mr et Mme X là qui consultent toujours en couple, je sais très bien comment réagi la femme et je sais que si elle m'appelle c'est grave, il faut que j'y aille. ça je, elle s'inquiète, bah son mari a eu tellement de trucs et que je sais qu'elle s'inquiète pas pour rien, alors vous avez des gens, j'ai un (rire) un autre couple elle je l'oblige à venir au cabinet et lui je le vois à domicile c'est une grosse insuffisance cardiaque, eux ils sont très très anxieux tous les deux, donc dès qu'il y en a un qui a le moindre pet de travers, l'autre fait une attaque de panique et puis il m'appelle de toute façon... Alors qu'elle par exemple, je sais que si elle prend le téléphone elle m'a appelé une fois en six ans, je sais qu'il faut y aller.*

- Notamment pour les patients présentant des troubles cognitifs, le conjoint peut pallier à la faible relation médecin-malade possible.

*A/ Puis un patient très handicapé euh, on aura besoin du conjoint, parce que bon tout seul c'est difficile de les, on a besoin de se faire aider, donc, y'a des fois où c'est difficile de s'en passer.*

- La présence du conjoint permet d'obtenir plus d'informations.

*B/ Bon il y a peut être des informations que je n'aurais pas quand ils sont tout seul.*

*E/ On aura plus de détails sur ce qu'on veut savoir sur, euh, sur sur un symptôme précis ou des choses comme ça, mais on sait qu'ils nous diront pas tout, peut être ils ne se plaindront pas de tout. Ou ils ne diront pas tout pour ne pas inquiéter le conjoint [...] La consultation est plus facile on a plus de détails l'historique est plus facile à faire [...] \*Alors c'est parfois plus facile quand ils viennent c'est vrai que c'est plus facile quand ils sont là tous les deux [...] Parce que de temps en temps et ben ils ont oublié un truc et puis euh il y a la femme ou le mari qui dit mais si souviens toi.*



- La consultation conjointe permettrait une meilleure compréhension des consignes de soins, une meilleure compliance au traitement. Les patients seraient mieux suivis que les autres.

*E/ Les consignes en général sont bien comprises. Elles sont bien suivies, parce qu'il y en a deux qui l'ont entendu et, et en général s'il y a s'ils sont pas d'accord et ben ils reposent la question ils retéléphonent ou ils reviennent, euh, en général, euh, c'est comme, euh, des patients [silence] plutôt compliants [...] C'est des patients, franchement qui sont euh mieux suivis que les autres, je trouve. Qui sont euh, on est aux objectifs euh [...] Parce que justement les consignes sont très bien suivies, il vient dès que, hein il sait les symptômes d'alerte [...] Franchement je trouve que, et les consignes sont bien suivies, les prises de sang sont tous les quatre mois etcetera c'est vraiment impeccable ! Les gens comme ça c'est c'est facile comme tout quoi !*

- **Inconvénients de la consultation conjointe :**

- A l'unanimité, les médecins évoquent l'absence de secret médical comme limite à la consultation conjointe. L'intimité et la liberté d'expression sont inexistantes. Les problèmes conjugaux seraient difficiles à aborder, mais également les problèmes dépressifs, professionnels, gynécologiques et d'addiction. Certains diagnostics et leur annonce peuvent même être retardés.

*A/ La présence de l'étudiant peut gêner moins que la présence d'un d'un ami, d'un parent, euh d'un compagnon, d'une compagne, d'un mari, d'une femme, parce que les gens on quand même des choses à cacher à l'autre ça me paraît évident [...] \*Mais je crois franchement que lorsque les deux sont là, les gens, d'abord le secret médical n'est plus là et ensuite les gens ne peuvent pas s'exprimer, en toute liberté parce que le conjoint était là, même si on n'a rien à cacher à l'autre, je veux dire, c'est important d'avoir son intimité quoi [...] C'est difficile euh pour un médecin de savoir ce qu'il a le droit de dire ou pas le droit de dire en présence de quelqu'un d'autre [...] On ne sait pas du tout ce qui a été dit, ce qui n'a pas été dit, donc ça demande une gymnastique cérébrale pour euh, et dans la relation pour savoir ce que l'autre sait vraiment [...] Annoncer aussi une mauvaise nouvelle à quelqu'un en présence d'un conjoint ce n'est pas simple non plus, je veux dire, tout, tout est plus compliqué...*

*B/ A part, bon parfois ils viennent à deux où la femme a un examen gynéco, donc, je fais sortir le mari, voilà c'est le seul truc [...] Ouais, l'alcool, ouais ça m'est déjà arrivé de soulever ça. Ouais, ouais, non ça ce n'est pas un tabou. Non le seul ça va être l'examen gynéco, euh... si l'autre fois j'ai eu un monsieur qui est venu avec une éruption un peu bizarre qui aurait pu faire penser à une primo infection, à une maladie génitale, mais là je n'y ai pas demandé, j'ai attendu je l'ai reconvoqué après euh à la fin du traitement et là sans sa femme je lui ai demandé s'il avait eu des rapports à risque, et mais là c'est vrai je n'y avais pas pensé, mais ça, ça m'a limité, alors qu'elle n'aurait pas été là je lui aurai demandé d'emblée à la première consultation...*

*C/ A la limite c'est qu'il peut y avoir des choses que doivent être non dites, c'est évident ! [...] On pourrait occulter certaines choses mais euh... non parce que ça empêchera, non [...] Le monsieur s'est arrangé pour revenir euh des fois tout seul parce qu'en fait il a une copine et il voulait du viagra, c'est sûr que ça il ne va pas me demander devant elle.*

*D/ Dans la mesure où on ne touche pas à des problèmes intimes ou c'est pas forcément des problèmes euh... de couple euh d'aventures extraconjugales euh... [...] C'est toujours pareil si c'est si des choses qui touchent au relationnel dans le couple euh... si y a des problèmes euh par exemple de dépression avec des problèmes de couple ou des problèmes euh de relations extraconjugales ou de euh... de gens qui ont des problèmes persos ou dans leur travail ils n'ont pas forcément envie que l'autre sache, l'autre qui est là qui écoute tout, il peut y avoir des choses qui ne sont pas dites.*

*E/ Le mari veut pas dire qu'il boit [...] Donc il veut pas que la femme vienne avec pour dire que il boit de l'alcool.[...] \*Parce qu'ils ont pas envie que que la femme vienne dire, euh, euh, hein, ce que ce que le mari fait comme bêtise (rigole) et ou alors parce que quelques fois euh, bah il ya des choses qui, ils veulent pas inquiéter leur femme donc ils vont pas se plaindre de tel ou tel symptôme à leur femme ils vont aller le dire à leur médecin.*

- Pourtant, si nous redemandons des exemples concrets de situations problématiques liées à la consultation conjointe, les médecins répondent qu'ils n'ont aucun souci.

*D/ Non, pas spécialement non [...] Il pourrait y en avoir mais pour le moment je... euh je n'ai pas l'impression qu'il y en ait, dans le contexte de renouvellement, de pathologies euh, chroniques euh, hein il n'y a pas de de soucis...*

- Seul le médecin A témoigne de deux expériences de mise en échec de la consultation conjointe.
  - Le médecin n'aurait pas été suffisamment à l'écoute de l'un des patients.

*A/ \*Deux expériences du reste assez négatives, une première c'est un couple que je ne soigne plus mais demeurent toujours ensemble [...] En m'expliquant euh qu'elle avait peu de temps, qu'elle me voyait tous les deux mois, tous les trois mois, qu'elle avait peu de temps pour exposer ses problèmes et qu'elle pensait qu'elle m'ennuyait, enfin, le fait est, qu'en prenant un peu de temps, et en en la voyant, en discutant avec elle, je l'ai considérée autrement, je me suis rendu compte que cette consultation à deux personnes ne faisait que, qu'on ne prenait pas forcément le temps d'écouter les gens, comme on devrait le faire quoi. [...] \*ces deux couples de patients ont été vus ensemble de façon concomitante, donc euh, pendant, on va dire euh une vingtaine d'années quand même, ce qui est long [...] Et monsieur A2 m'a dit un jour, il est venu tout seul, sa femme attendait en salle d'attente, il m'a dit écoutez docteur faut que je vous vois seul, parce que vous ne m'écoutez jamais, vous ne faites pas attention à moi, euh j'ai des choses à vous dire et vous ne vous rendez même pas compte que je ne vais pas bien etcetera.*

- Le fonctionnement du couple influençait de manière négative la relation médecin-patient.

*A/ Et quand il y a un complice c'est difficile mais quelque fois, c'est dans l'autre sens, il y a un dénonciateur [...] La dame a fini par me parler de ses problèmes de poids [...] Puis le mari qui est là et qui dit, oui je vous assure et encore quand elle dit dix c'est un demi-radis quoi hein, voilà sauf que lui ne la voit pas la nuit, il ne sait pas ce quelle fait, ça c'est très gênant parce que on on se sent désarmé, essayer d'expliquer aux gens que ce n'est pas possible de grossir, de ne pas manger quoi hein, on se retrouve avec deux personnes euh, une personne complice quoi hein, donc, bon c'est euh c'est difficile de faire des consultations dans de bonnes conditions comme ça. [...] Vous ne savez pas la relation de couple quoi, euh la perversité de la relation, le dénonciateur c'est, docteur elle vous dit qu'elle prend ses médicaments mais moi je le sais qu'elle ne les prend pas, c'est très gênant pour tout le monde. Ou alors celui qui infantilise l'autre, tout est possible. [...] On croit les connaître, mais on ne les connaît absolument pas... donc euh, s'il y a le conjoint c'est encore pire hein, on voit un aspect d'eux qu'est qui est dans la relation à l'autre qui est voilà, c'est encore plus difficile de savoir comment ils fonctionnent...*

Les médecins ne ressentent pas de problème avec les consultations conjointes, tout en admettant à l'unanimité l'absence de secret médical. Le médecin A témoigne de deux mises en échec de la consultation conjointe, à cause d'une écoute insuffisante du patient et d'un envahissement de la relation médecin-malade par le fonctionnement du couple.

#### **iv. L'éventualité de proposer une consultation séparée**

- **Les situations de réalisation d'une consultation séparée :**
  - En cas de consultation pour une pathologie aiguë, le patient n'est pas forcément accompagné.

*B/ Donc ils viennent pour le renouvellement de leur traitement, et maintenant si il y en a un qui a une bronchite il vient pas forcément avec sa femme ou son mari quoi, hein il vient tout seul, donc là je les vois, il y a aussi des fois où je les vois tout seul.*

*C/ Quand c'est des consultations occasionnelles évidemment ça se pose pas ils viennent pas forcément ensemble...*

- En cas de problèmes au sein du couple, les patients demanderaient une consultation séparée.

*C/ Le monsieur s'est arrangé pour revenir euh des fois tout seul parce que en fait il a une copine et il voulait du viagra, c'est sûr que ça il ne va pas me demander devant elle... Bah oui ça arrive aussi !*

*D/ Pour cette tranche d'âge là j'ai pas de, j'ai pas euh de problème particulier (NB : contradiction = par exemple je pense à un couple, la femme m'a dit que c'était un peu tendu là pourtant c'est des retraités euh des rapports difficiles eeh chacun vient tout seul pour ses problèmes alors que je les soigne tous les deux mais volontairement ils ne viennent jamais tous les deux ensemble...).*

- En cas de pathologie jugée grave par le patient, il demanderait une consultation séparée.

*B/ J'avais un patient, il vient tout le temps avec sa femme, voilà il a eu un autre problème un peu sérieux il a su venir tout seul, elle ne l'a pas su et voilà.*

- En cas d'échec de la relation médecin-malade, le patient demanderait la rupture de la prise en charge en consultation conjointe.

*A/ Il m'a dit un jour, il est venu tout seul, sa femme attendait en salle d'attente, il m'a dit écoutez docteur faut que je vous vois seul, parce que vous ne m'écoutez jamais, vous ne faites pas attention à moi, euh j'ai des choses à vous dire et vous ne vous rendez même pas compte que je ne vais pas bien.*

- Nous pouvons constater que c'est systématiquement à l'initiative du patient et non du médecin. Autrement dit, les patients sont capables de demander une consultation séparée en cas de problème.

*D/ De toute façon les gens viennent sur rendez-vous donc ils, ils programment leur rendez-vous comme ils veulent [...] Ces gens là ils arrivent à venir séparés ou à, un jour ils nous disent qu'il y a un souci.*

- **Les situations ayant nécessité la réalisation d'une consultation conjointe :**

- Lorsqu'il existe une gêne du médecin ou un souci perçu dans la consultation, les médecins ne semblent pas pour autant proposer une consultation séparée. Ils respectent le choix du patient de venir consulter à deux.

*B/ Bon pour l'examen gynéco... Moi j'étais plus gênée que, mais bon si la patiente elle adhère, elle a laissé rentrer son mari euh voilà.*

E/ Non, non, parce que euh, c'est un choix qu'ils ont fait [...] Pour moi, c'est tellement évident qu'ils consultent ensemble que je j'ai jamais pensé à les voir séparément quoi !

- Pour le médecin A, après deux cas successifs à problème, le besoin de proposer une consultation séparée est systématique.

A/ *\*Si bien que quand les couples viennent, j'ai tendance à dire je préfère vous voir seul [...] \*mais ce qui est clair c'est que maintenant je pose toujours la question, euh quand les deux se lèvent, euh en demandant s'ils ont envie d'être vu seul ou séparément [...] \*ça m'a fait, de réfléchir sur la façon dont on appréhende quelqu'un lorsqu'on le voit euh pas tout seul [...] \*Enfin au moins quinze ans et euh et euh les deux, euh le deuxième je ne m'étais pas posé la question [...] Mais j'instaure plus, je ne laisse plus instaurer systématiquement ça.*

- **Les freins à proposer une consultation séparée :**

- A l'unanimité, la consultation conjointe est considérée comme étant une habitude, une institution, une routine, une banalité donc les médecins ne semblent pas avoir pensé à la remettre en cause.

A/ *Non, non ça fait des années qu'on les voit ensemble, on les voit ensemble. Je veux dire on ne va pas, voilà euh,... non effectivement on ne pose pas la question. [Et est-ce que c'est, est-ce que c'est envisageable de reposer la question ?] Oui oui c'est envisageable bien sûr. Les habitudes sont prises ou elles sont instituées comme ça. [Mais parce que vous n'osez pas leur poser ? ou c'est parce que vous ?] Non c'est parce que je n'y pense même pas. [...] Non non voilà, et puis je leur ai demandé une fois, c'est bon quoi hein ! [...] Avant je ne m'en préoccupais absolument pas. Il a fallu ces deux cas là pour que je commence à me poser des questions sur le fait de voir les gens en couple ou pas, et encore le premier cas ne m'a pas permis de faire attention au deuxième, puisque le premier m'a fait réfléchir sur, sur eux, mais pas sur les autres, c'est le deuxième [...] C'est là que je me suis dit, oui bon sang, oui il a raison, c'est là où j'ai commencé à réfléchir à ce problème réellement, voilà autrement non.*

B/ *En fait je m'en suis rendu compte depuis que vous m'avez appelé que ouais y'en a pas mal qui viennent à deux, ouais, oui enfin oui mais bon je trouve ça complètement banal [...] C'est marrant quand vous m'avez appelé je me suis dit mince mais c'est pas possible je vais, je euh, qui ? qui ? qui ? en fait bin je m'en rend compte qu'il y en a plein.*

C/ *Je me suis rendu compte que je ne m'étais jamais trop posé la question de de l'importance ou pas des gens qui venaient systématiquement en couple, moi ça m'a un peu interpellé.*

D/ *Je ne me suis jamais posé la question parce que j'ai jamais senti qu'il pourrait y avoir... [...] Je vais y penser la prochaine fois.*

E/ *Moi, j'avoue que j'y ai jamais pensé ! Premièrement ! [...] Pour moi, c'est tellement évident qu'ils consultent ensemble que je j'ai jamais pensé à les voir séparément quoi !*

- Selon les médecins, ce serait avant tout un choix du patient de venir consulter à deux, ils semblent devoir le respecter.

*A/ Des gens qui disent non, ils disent non non on préfère tous les deux. Ils sont libres hein. Non non on préfère voilà.*

*B/ Parce qu'en fait c'est eux qui choisissent je crois !! Moi je ne leur ai jamais dit s'ils veulent venir ensemble, non non j'ai jamais dit je préférerais vous voir séparés ou quoi, et y'en a deux, c'est leur choix quoi ! [...] Ils font ce qu'ils veulent et à mon avis [...] Mais à moi de proposer non !*

*C/ Est-ce qu'il y a beaucoup de choses de non dites, parce qu'ils viennent ensemble mais ce n'est pas moi non plus qui leur dit de venir ensemble non plus, c'est leur choix à eux, ce n'est pas à moi, moi à aucun moment, et même souvent en salle d'attente, alors pas après quand c'est systématique, mais je leur demande séparé ou ensemble mais ils font comme ils veulent, et s'ils choisissent de venir ensemble c'est qu'ils l'ont bien voulu !*

*E/ Je pense que le patient c'est c'est lui qui choisit à la fin, hein quand même, donc euh il choisit, on lui on lui dit ce qu'il faut faire et ce qu'il faut pas faire, c'est lui qui fait. Après, euh... c'est leur libre choix, je pense pour moi on n'a pas le dire c'est bien c'est pas bien, nous on leur dit que voilà normalement pour votre santé c'est comme ça qu'il faudrait faire, etcetera après ils choisissent. Ils ont les cartes en main, c'est eux qui choisissent de suivre les consignes ou pas quoi Donc, après, euh, hum, leur dire de venir seul, euh, je ... Ben à partir du moment où c'est leur choix de venir tous les deux, je respecte !*

- D'autant plus que selon les médecins, les patients semblent être capables de trouver le moyen d'aborder d'éventuels problèmes notamment en demandant une consultation séparée. Il n'y a donc pas de bénéfice à le proposer.

*B/ Ils font ce qu'ils veulent et à mon avis, s'ils ont envie de dire quelque chose à quelqu'un, au médecin, bah ils s'arrangent pour venir hein. J'avais un patient, il vient tout le temps avec sa femme, voilà il a eu un autre problème un peu sérieux il su venir tout seul, elle ne l'a pas su et voilà quoi. Ce n'est pas un, c'est pas un problème, mais à moi de proposer non, ça ne m'est jamais venu à l'idée.*

*C/ Le monsieur s'est arrangé pour revenir euh des fois tout seul parce que en fait il a une copine et il voulait du viagra [...] A part si vraiment ils ont occulté un renseignement qu'ils ne veulent pas me dire [...] Mais je pense qu'à ce moment là, dans ce que je connais, j'ai l'impression entre guillemets qu'ils n'ont pas de problèmes comme ça évidemment, mais je pense que s'il y avait un problème comme ça, elle s'arrangerait pour venir euh toute seule avec un autre prétexte pour me parler. Je le pense mais... j'en sais rien.*

*D/ Parce que les gens qui ont des problèmes arrivent à nous le dire à un moment ou à un autre et puis vous savez fait que je vous dise mon mari ci mon mari ça euh ou ma femme ceci ma femme cela ou... On arrive toujours à un moment donné à savoir euh s'il y a un souci dans le couple... Ces gens là ils arrivent à à venir séparés ou à, un jour ils nous disent qu'il y a un souci.*

- La prise en charge semble être satisfaisante en consultation conjointe, l'intérêt de proposer une consultation séparée reste donc à démontrer.

*B/ Mais à moi de proposer non, ça ne met jamais venu à l'idée Je sais pas si ça changerait quelque chose... J'ai pas l'impression...*

*C/ Je n'ai pas vu de problématiques moi ! Ca ne me pose, il n'a pas de problèmes pour moi !*

*D/ Je verrais, je n'en verrais pas le... j'en verrais pas l'intérêt.*

- Il semble par ailleurs exister une crainte de remettre en cause la relation de confiance médecin-malade, mais aussi d'inquiéter les patients.

*B/ Moi j'étais plus gênée qu'eux, mais bon si la patiente elle adhère, elle a laissé rentrer son mari euh voilà.*

*C/ Je me demande s'ils comprendraient pourquoi ! Parce qu'ils vont dire mais, elle a des trucs à dire qu'il ne veut pas me dire. Enfin moi moi j'aurai l'impression, si la demande ne vient pas d'eux, que se serait mal perçu, peut être que je me trompe hein. J'aurai tendance à à ce qu'ils vont se dire mais pourquoi veut elle me cacher, elle veut lui dire un truc dans le, il y a quelque chose, ou ou ils vont, parce que j'ai jamais fait ! Ou alors il faut fixer la règle là au départ ! A la limite la règle si elle est, oh bah si de temps en temps vous venez séparément comme ça on peut discuter autrement, euh mais il faut qu'on, mais plus maintenant quand ça fait déjà deux trois cinq ans qu'ils viennent comme ça [...] L'inconvénient de leur imposer ça maintenant c'est que j'aurai peur que se soit un sujet gênant pour eux et de se demander pourquoi etcétera.*

*D/ Non parce que... ils vont me demander pourquoi, faut faire deux voyages (rire).*

- Certains médecins estiment que cette mesure ne favoriserait pas plus l'expression des patients.

*B/ Demandez aux gynécos si ils y ont beaucoup de patientes qui leur ont dit qu'elles étaient battues... il n'y en a pas hein...*

*E/ Ils viennent séparément mais ils nous disent que la moitié des choses parce qu'ils ne veulent pas dire que voilà. Il y a des choses qu'ils veulent pas dire de toute façon.*

- Les médecins rappellent qu'ils ne peuvent pas tout connaître des patients, même en situation de consultation « séparée ».

*A/ On ne connaît pas les gens en un quart d'heure vingt minutes, on croit les connaître, mais on ne les connaît absolument pas...*

*B/ Entre cinq minutes de consultation et la vie quotidienne, on pourra pas en faire beaucoup hein Là à mon avis on connaît rien des gens !*

E/ De toute façon, ils nous disent jamais tout ! (sourire) Que ce soit en couple ou séparés, je pense qu'ils ne nous disent jamais tout. [...] Si le patient ne veut pas nous en parler on peut toujours lui demander combien il consomme d'alcool par jour siiii si il veut pas nous le dire il nous le dira pas quoi.

- Le médecin D précise que les patients consultant ensemble ne semblent pas appartenir au groupe de couples à problèmes.

D/ Pour les les patients par exemple ceux que tu as vu le problème ne se pose pas [...] Pour cette tranche d'âge là j'ai pas deeeee, j'ai pas euh de problème particulier.

- **Les bénéfiques à proposer une consultation séparée :**

- Prendre le temps de discuter, ou discuter autrement.

A/ \*Entre chez elle et chez moi, on a pu discuter. Je me suis rendu compte que cette personne n'avait strictement rien à voir avec euh l'idée que je m'en faisais [...] De principe, il faut laisser un espace de liberté de parole à l'autre, à quelqu'un, et donc de le voir seul, je crois que c'est nécessaire. Si on laisse jamais cet espace de liberté c'est difficile de, de répondre peut être à la demande ou au besoin, parce qu'il y a beaucoup de demande qui n'est pas dite.

C/ Si de temps en temps vous venez séparément comme ça on peut discuter autrement.

- Pour certains médecins, il ne semble pas exister pas d'argument à proposer une consultation séparée.

B/ Je ne pense pas que ça changera grand-chose...

D/ Pour les gens que je vois non

E/ C'est des gros patients lourds, euh, et je, c'est des patients, franchement qui sont euh mieux suivis que les autres, je trouve.

- Il est intéressant de noter que le médecin D souligne l'existence d'un « conflit d'intérêt » pour trouver des bénéfiques à la proposition car il s'agit de remettre en cause sa pratique.

D/ Mais là il y a un conflit d'intérêt je suis tenté de dire que ça ne changerait rien parce que ii je pense que ça changerait quelque chose euh c'est que je ne fais pas bien mon boulot... J'aurais tendance à dire que euh ça ne changerait rien.



Selon les médecins, les consultations séparées sont réalisées à la demande des patients seulement, notamment dans le cadre de pathologies aiguës. Malgré une gêne ressentie dans certaines situations de consultation conjointe, les médecins interviewés respectent le choix des patients de venir à deux. Ils soulèvent davantage de freins que de bénéfices à proposer régulièrement une consultation séparée. Ils n'avaient toutefois jamais pensé à proposer une consultation séparée.

## v. Le secret médical

- Selon les médecins, le patient semble accepter tacitement la présence du tiers par le fait même de consulter à deux.

*B/ \*Ah bah à partir du moment qu'ils rentrent tous les deux dans le cabinet c'est que ils adhèrent, ils se partagent leur secret médical.*

*D/ Il appartient au patient à partir du moment où le patient euh vient avec un un tiers de son plein gré il n'y a pas de rapport de force heu ce n'est pas un étranger ce n'est pas un enfant euh on part du principe que les gens sont... d'accord, les gens ils en font ce qu'ils veulent hein, les gens ils ont droit de raconter qui, à la boulangerie qu'ils ont été opérés d'un cancer du sein ils délient euh, le médecin n'a pas le droit de dire mais euh le à partir du moment où le couple est là.*

*E/ Alors moi je pense que de toute façon le patient c'est lui qui choisit si il veut dire après, normalement c'est lui qui choisit.*

- Selon les médecins, le secret médical n'est pas respecté en consultation conjointe. Ils considèrent que les patients ne sont plus libres de s'exprimer et plusieurs sujets seront probablement occultés.

*A/ \*Mais je crois franchement que lorsque les deux sont là, les gens, d'abord le secret médical n'est plus là et ensuite les gens ne peuvent pas s'exprimer, en toute liberté parce que le conjoint était là, même si on n'a rien à cacher à l'autre, je veux dire, c'est important d'avoir son intimité quoi [...] Je ne sais pas si on peut dire qu'il y a un thème de prédilection. J'en ai sorti quelques un en parlant de dysfonctionnement érectile, euh, je ne sais pas si y'a des, si, certainement le fait de ne pas être bien psychologiquement euh de... Je ne sais pas s'il y a un thème de prédilection.*

C/ Ah bah de toute façon là il n'y en a pas hein !! De l'un par rapport à l'autre ? Bah là non ! Donc, c'est sur il y a sûrement des sujets pas abordés [...] \*à part si vraiment ils ont occulté un renseignement qu'ils ne veulent pas me dire à cause, bah des histoires euh... sexuelles ou... à part, euh voilà des choses... peut être quand même quelque chose de psychologiques, dépressions etcetera, des choses qu'ils n'oseront pas dire, je ne sais pas une femme qui serait battue, elle n'osera peut être pas me le dire.

D/ S'il y a des problèmes euh par exemple de dépression avec des problèmes de couple ou des problèmes euh de relations extraconjugales ou de euh... de gens qui ont des problèmes persos ou dans leur travail ils n'ont pas forcément envie que l'autre sache, l'autre qui est là qui écoute tout, il peut y avoir des choses qui ne sont pas dites.

- Les médecins A et E demandent systématiquement l'accord du patient pour la présence d'un accompagnant en consultation, mais jamais en cas de consultation conjointe.

A/ \*Ou lorsque un couple accompagne l'autre je demande aussi euh, à celui que je dois soigner si euh l'autre personne peut accompagner, si je ne connais pas l'autre personne, je demande qui c'est, et je pose toujours la même question, est-ce que vous désirez être seuls ou accompagnés quoi.

E/ Par contre quand il y a eu quelqu'un qui me demande dans la salle d'attente, je viens est-ce que je peux venir à la consultation, je dis c'est le patient qui choisit. Moi ça ne me gêne pas du tout, maintenant il ya la secret médical si euh si il est d'accord pour le partager avec vous. Donc vous pouvez venir, mais c'est vrai que quand ils viennent en couple on demande pas, on le dit pas ça.

- L'importance du secret médical et l'obligation de le respecter seraient fonction des conséquences de sa divulgation !

C/ Mais vu l'âge des patients là...

D/ Ca ne donne pas le droit euh de de divulguer n'importe quel diagnostic ou n'importe quel résultat non plus, mais euh en général c'est euh votre tension votre cholestérol votre glycémie votre poids, pas des choses qui mènent bien loin [...] si le couple à la fin il me dit dit au docteur que tu as mal au pied et que ça ne guérit et puis du coup on découvre une artérite, bon il n'y a pas une grosse violation du secret médical à dire bon faudrait aller voir faire un doppler voilà [...] Les pathologies dont l'annonce diagnostic devant l'autre pourrait poser souci c'est quand même pas très... très fréquent.

- Selon certains médecins, l'absence de secret médical au sein de la relation médecin-malade ne provoque pas pour autant de « tabou » de leur part.

A/ \*Je me dis à partir du moment où ils sont rentrés tous les deux dans le cabinet, c'est qu'il n'y a plus de secret, qu'il n'y a plus de tabou quoi !

B/ Ouais, ouais, non ça ce n'est pas un tabou. Non le seul ça va être l'examen gynéco, euh... si l'autre fois j'ai eu un monsieur qui est venu avec une éruption un peu bizarre [...] Alors que là ouais,... ouais bah vous voyez des fois comme quoi, quand on prend le temps de réfléchir.

- Toutefois, certains médecins évoquent leur devoir de respecter le secret médical, et surtout en termes de secret au sein du couple de patients.

*A/ c'est difficile euh pour un médecin de savoir ce qu'il a le droit de dire ou pas le droit de dire en présence de quelqu'un d'autre hein, c'est, il faut tenir compte de la la, on ne peut pas dire, je ne sais pas euh, à la coloscopie vous aviez un cancer (sourire) débutant au niveau du colon alors que le conjoint est là, et on ne sait pas du tout ce qui a été dit, ce qui n'a pas été dit, donc ça demande une gymnastique cérébrale pour euh, et dans la relation pour savoir ce que l'autre sait vraiment.*

*D/ Après effectivement si on doit annoncer un truc grave une sérologie ... On n'a pas à l'annoncer euh forcément, moi je j'ai jamais eu de de problème qui pouvait poser souci euh en consultation... C'est sûr que si on trouve un HIV ou je ne sais pas quoi à un des deux et qu'ils viennent en couple ? On n'a pas forcément à... annoncer la nouvelle euh en couple, donc il faut... On n'est pas forcément délié totalement si les gens viennent d'emblée en couple mais bon pour les gens que je vois qui ont... Euh les gens savent nous dire non si j'ai un truc je ne veux pas que ma femme le sache.*

- Certains médecins considèrent qu'ils ne peuvent pas tout connaître des patients, même en situation de consultation « séparée ».

*A/ On ne connaît pas les gens en un quart d'heure vingt minutes, on croit les connaître, mais on ne les connaît absolument pas...*

*B/ Entre cinq minutes de consultation et la vie quotidienne, on pourra pas en faire beaucoup hein, là à mon avis on connaît rien des gens !*

*E/ De toute façon, ils nous disent jamais tout ! (sourire) Que ce soit en couple ou séparés, je pense qu'ils nous disent jamais tout [...] Si le patient ne veut pas nous en parler on peut toujours lui demander combien il consomme d'alcool par jour si s'il veut pas nous le dire il nous le dira pas quoi.*

- Et le médecin B pense que les patients peuvent sélectionner les éléments à cacher dans tous les cas, ils peuvent choisir de parler seuls si besoin.

*B/ J'avais un patient, il vient tout le temps avec sa femme, voilà il a eu un autre problème un peu sérieux il su venir tout seul, elle ne l'a pas su et voilà quoi Ce n'est pas un, c'est pas un problème.*

- Le médecin E évoque le non respect du secret au sein du couple médecin-malade par les révélations du conjoint, ce qui est différent du secret au sein du couple.

*E/ Surtout, euh, ils viennent aussi, euh, nous donner un petit peu les petits secrets de l'autre. Ils nous disent un petit peu, oui mais oui mais il fait pas ça comme il faut, il nous disent aussi, euh, ou quand ils osent pas nous dire, par exemple qu'ils ont mal quelque part ou voilà, mais dis-le au docteur que t'as eu mal et voila tout ce qu'il va pas vous le dire, enfin des choses comme, c'est plus des choses comme ça qui sortent.*

- Le secret médical du patient semble mieux gardé par le médecin que par le dossier médical.

*C/ Le monsieur s'est arrangé pour revenir euh des fois tout seul parce que en fait il a une copine et il voulait du viagra [...] Il ne l'a pas demandé devant elle, il m'a dit aussi de ne pas le noter dans le dossier.*

- La personne de confiance est considérée comme inexistante en médecine libérale selon le médecin D qui évoque ce sujet.

*D/ Nous on est pas trop concerné... c'est plutôt à l'hôpital que les gens désignent une personne de confiance au au cabinet moi j'ai jamais vu ça nulle part dans les dossiers un cas de personne de confiance... moi je ne sais même pas si nous en libéral on est concerné par ça... peut être peut être pas mais j'ai jamais rien vu en libéral là-dessus [...] Après quand les, après quand les gens viennent euh à deux en couple euh, je pars du principe que la personne qui vient à côté est la personne de confiance.*

Les médecins considèrent que le secret professionnel est absent lors des consultations conjointes. Il est intéressant par ailleurs de noter que le terme « secret » semble avoir plusieurs significations : le secret au sein du couple, le secret au sein de la relation médecin-malade, le respect de l'intimité du patient, le tabou entre le médecin et le malade. Selon les médecins, c'est le patient qui choisit ce qu'il souhaite en faire.

## **vi. Réflexions générales des médecins sur les consultations accompagnées**

- La consultation d'un adolescent en présence de ses parents.

*A/ La consultation adolescent parent, c'est un cas particulier, là je fais sortir les parents pendant la consultation... ça pose des problèmes, euh par exemple euh il est sorti une vaccination contre le papillomavirus et dans les indications que je ne respecte plus euh, il était spécifié qu'il ne faut pas qu'il y ait de relations sexuelles... Je me suis vite rendu compte, je pense comme mes confrères, qu'on ne peut pas demander ça devant les parents [...] S'ils viennent pour la pilule ça sera peut être différent parce qu'on va peut être tourner autour de ça, mais pour une vaccination je ne peux pas dire aux parents sortez, au début je faisais ça, j'ai des questions précises à demander à votre enfant les parents ne comprennent pas, et... pff, je veux dire, je ne fais plus ça, il est vrai que la consultation parent enfant reste une consultation compliquée et là je fais sortir les parents qui comprennent très bien.*

D/ Quand la mère vient avec sa fille euh... ado euh disons, j'amène ma fille parce qu'il faut qu'elle prenne la pilule et qu'après là je demande à la mère de sortir et bon la fille euh je lui dis la prochaine fois je la verrai seule, je dis à la fille si il y a un souci particulier tu m'appelles.

- Les consultations multiples avec les enfants.

B/ On peut extrapoler aux consultations multiples hein ! J'ai des fratries énormes euh, ces mamans elles viennent pour elle et leurs trois enfants tout le monde en même temps quoi ! Bon c'est un peu le bordel hein quand il commence à y avoir plein de gamins partout moi je ne sais plus trop et tout, mais c'est pour ça moi je catégorise hein c'est-à-dire que, j'ai été chez un maître de stage où en fait euh les gens arrivaient, il examinait tout le monde, il se remettait à son bureau et tout moi non, moi ils arrivent, je les prends individuellement, je prends la carte vitale je rentre dans le dossier d'un, je fais mon interrogatoire pour un, j'examine, je pose mon diagnostic, je fais mon traitement et après tu vas t'asseoir, ce n'est plus ton tour, c'est comme si, il était en salle d'attente mais ils sont dans le bureau ! Là non je ne pense pas que j'ai de soucis.

- Les consultations de suivi de grossesse.

B/ Bon pour l'examen gynéco, j'y en a que, j'ai suivi deux grossesses récemment, les maris restaient, bon ils ne venaient pas consulter, bon ils accompagnaient leur femme, donc on n'est pas dans le cadre de votre truc.

- La consultation en couple pour des problèmes dysérectiles.

A/ Là où le conjoint l'accompagne, mais là c'est dans le cadre des des phénomènes dysérectiles chez l'homme, où la femme euh va accompagner l'homme, c'est inhabituel et là c'est elle qui va poser le problème.

- La prise en charge palliative.

A/ Bon le pire c'est les les soins palliatifs quoi, le conjoint est là, présent tout le temps.

- La consultation en présence d'un étudiant en médecine.

A/ Il ne faut pas qu'il y ait des étudiants en médecine qui soient présents, parce que à quatre ça devient difficile, hein déjà à trois ce n'est pas facile, alors à quatre, mon dieu, ça modifie encore les choses [...] A partir du moment où l'on a fait le choix pédagogique, je crois qu'il faut s'y tenir, on sait parfaitement qu'on va euh, qu'on va passer à côté des choses mais euh, voilà on peut pas, on n'est pas parfait, on ne peut pas tout faire, on n'est pas tout puissant.

Au cours des entretiens, les médecins évoquent spontanément certaines autres situations de consultation accompagnée.

**Nous pouvons résumer le vécu des médecins étudiés comme suit :**

- Le médecin A a vécu l'échec de deux prises en charge de patients habitués depuis plusieurs années à consulter ensemble. A la demande de l'un des conjoints, le mode de consultation a changé. Ils ne consultent plus à deux, et cette expérience a modifié sa vision de la consultation conjointe. Depuis cette prise de conscience, il ne laisse plus s'instaurer cette habitude. Au cours de l'entretien il développe les limites de la consultation conjointe. Il adhère à l'idée que le médecin pourrait proposer occasionnellement des consultations séparées.

- Le médecin B affirme réaliser très fréquemment des consultations conjointes. Ces dernières sont considérées comme banales et ne posant pas de problème. En ce sens, il n'avait jamais réfléchi à cette pratique. Toutefois, nous observons au cours de l'entretien l'amorce d'une réflexion lorsque des contradictions sont soulevées. Il semble avoir l'intention de poursuivre cette réflexion et l'idée que le médecin puisse proposer une consultation séparée a germé.

- Le médecin C est étonné du sujet de notre thèse. Selon lui, la consultation conjointe est strictement le choix du patient. Par conséquent elle ne relève aucunement d'une remise en cause de la part du médecin. La situation s'impose à ce dernier, sans le perturber dans la réalisation de la consultation. Aucune anecdote ne semble justifier la proposition d'une consultation séparée par le médecin.

- Le médecin D a une faible proportion de consultations conjointes dans son activité. Il n'a pas vécu de situations problématiques. Pourtant il évoque facilement certaines difficultés ou limites envisageables à la consultation conjointe. Selon lui, les patients réussissent toujours, par un moyen ou un autre, à exprimer leurs problèmes. En ce sens, proposer une consultation séparée ne lui semble pas avoir d'intérêt. Il fait la remarque que notre travail est une sorte d'évaluation des pratiques professionnelles et que les médecins ne devraient pas aisément discuter de leur pratique.

- Le médecin E porte un grand d'intérêt au sujet. Il semble réfléchir aux améliorations potentielles de la prise en charge de ses patients consultant conjointement, apportées par les conclusions de notre travail. Il affirme toutefois que les quelques patients choisissant de consulter à deux sont par définition des couples sans problème. Proposer une consultation séparée est envisageable et réalisable, surtout si c'est occasionnel. Si l'idée ne présente pas d'intérêt évident, elle ne semble pas non plus être irrationnelle.

## f. Analyse du vécu des patients

---

### i. Les circonstances de cette consultation particulière

- **Les profils des patients :**

- Les couples semblent être constitués de personnes aux caractères complémentaires : l'une timide et l'autre bavarde ; l'une angoissée et l'autre calme ; l'une dominante et l'autre dominée ; l'une soignante et l'autre soignée.

A1<sup>12</sup>/ *\*Parce que je prenais le relais parce que lui ne veut pas dire, moi dès que je n'ai pas entendu, je dis, je ne vous ai pas entendu et puis c'est tout, mais lui non il reste en retrait.*

A2/ *C'est vrai que je n'ose pas... Je n'osais pas ma femme me dit tu devrais, tu devrais dire euh mais je n'entends pas ou je vous demande de répéter et ça je ne le faisais pas régulièrement c'est vrai, je n'aimais pas avoir l'air de euh d'être diminué !*

B1/ *Je suis hypernerveux, enfin faux calme on va dire que donc euh hyperangoissé [...] Elle est gentille mais disons très électrique...*

B2/ *Je ne suis pas quelqu'un de pudique, je ne suis pas quelqu'un euh...d'introvertie donc euh voilà, donc ça ne me gêne pas et mon mari pareil ! Je l'ai habitué à voilà ! Oui, oui parce que c'est quelqu'un qui était, c'est quelqu'un qui est plus pudique, qui est plus euh... plus renfermé sur lui-même, et voilà euh je l'ai amené à, je l'ai amené à plus s'ouvrir. [...] \*C'est une question de caractère aussi. Si on a un caractère à tout diriger comme je l'ai, parce que moi je suis chef d'entreprise des achats donc, j'ai l'habitude de tout diriger donc, je pense que c'est, que ça doit être ça aussi*

E1/ *Et on s'entend, euh, et ma femme a plus de de mémoire que moi, disons, donc, euh, c'est pas plus mal.*

E2/ *Mon mari dit je suis son infirmière mais c'est vrai, parce que j'écoute, et puis puis souvent lui il se dit bon ben ma femme écoute c'est pas la peine hein elle va enregistrer mieux que moi.*

- Une personne peut être protectrice envers l'autre, avec un surinvestissement dans son rôle d'accompagnant.

A1/ *\*Je sens que si je suis pas, ah tu veux aller là, ah bon bah on y va, je vous dis il faut que je m'investisse beaucoup hein c'est pas toujours facile.*

---

<sup>12</sup> Pour savoir à quel profil correspond l'interviewé, se référer à la partie *Matériel et Méthode* page 56.

- **Le fonctionnement du couple :**

- Pour la plupart, le couple semble fusionnel et les personnes sont très proches. Elles font tout ensemble.

A1/ *\*Je pense que le médecin lui a senti que j'étais peut être trop, trop près de lui, il n'a sans doute pas tort d'ailleurs.*

C1/ *Oui c'est plutôt pour se compléter, euh, traitements et façon de vivre.*

D2/ *Disons qu'on est très proche.*

E1/ *C'est... une deuxième moi-même quoi par le fait. On a tout fait ensemble ! [...] On a même construit notre maison à nous deux. [...] Dans quoi que ce soit, c'est comme ça ! [...] Pour tout pour tout on est tous les deux.*

E2/ *Il aime bien quand je suis avec lui j'aime bien quand il avec moi même pour n'importe quoi, chez n'importe quel docteur qu'on va, ils le savent on y va toujours les deux... [...] On a toujours tout fait ensemble hein, même notre maison on l'a fait tous les deux [...] Donc on a toujours eu l'habitude de faire tout, tout ensemble, et avant qu'on soit en retraite on disait toujours le jour où on sera en retraite on ne se quittera plus ! Et c'est ce qu'on a fait ! Alors on va partout ensemble... Et puis et puis c'est comme ça depuis qu'on est marié c'est comme ça.*

- Une relation mère-enfant est retrouvée au sein du couple B et C. La conjointe « éduque » son mari et semble imposer un fonctionnement.

B2/ *C'est moi qui gère son stock de médicaments ! Je vais dire tient faut que t'aïlles, tu n'as presque plus de cachets quoi.*

C1/ *On y va tous les deux parce que, moi je m'occupe beaucoup des médicaments pour tous les deux. Comme elle a une vue pas trop bonne, je m'occupe des médicaments [...] Parce que elle s'occupait de moi quand au début (raclement de gorge) et puis moi mon traitement il est assez compliqué.*

C2/ *Des fois même quand je suis avec lui, il dit pas hein, alors c'est moi qui doit dire et après il dit je suis assez grand oui mais tu dis pas si je ne dis pas [...] bah écoute si tu as vraiment mal bah tant pis parle au médecin sinon ce n'est pas la peine d'y aller si tu ne lui dis pas, mais il n'a rien dit donc je me suis dit allez j'ai rien dit c'est son problème tant pis pour lui ! Mais il faut pas qu'à la maison il dise qu'il a mal ! Parce que là je lui dit et bien fallait le dire.*

- La relation conflictuelle au sein du couple A conduirait à un échec de la prise en charge médicale en consultation conjointe.

A2/ *Comme on en a déjà discuté ensemble, elle me disait, oui je réponds parce que tu ne sembles pas entendre ou alors tu réponds à côté euh, j'ai dis oui c'est vrai à la réflexion ça m'est déjà arrivé euh d'interpréter ! [...] Je, j'ai pas l'impression de mal comprendre, mais de ne mal entendre ça oui c'est certain.*



- **Les raisons de la consultation conjointe :**

- **Les raisons médicales : la contrainte initiale**

- La consultation conjointe est apparue en même temps que les maladies chroniques ou un grave problème de santé.

A1/ *Ca fait longtemps qu'on voit le docteur A, ça fait oh plus d'une dizaine d'années je pense, parce que mon mari a eu son accident euh en 1981, ça fait pratiquement trente ans.*

A2/ *Il a eu que j'ai eu un accident cérébral en 1981... que je suis plus très,(soupir) très indépendant depuis, je suis un petit peu pas à la merci mais disons je dépends beaucoup de ma femme, parce que je ne vois plus bien, je n'entends plus bien.*

B2/ *\*Donc ça fait trois ans que j'ai fait un AIT. Donc euh ça fait trois ans que je suis obligé de venir tous les mois ! Donc, ça doit faire à peu près trois ans... Enfin ça fait, ça fait dix ans qu'on vient avec mon mari et c'est vrai qu'on a toujours groupé quoi, voilà. Donc ça fait dix qu'on vient à deux, mais avant on ne venait pas tous les mois maintenant on vient régulièrement tous les mois ou tous les deux mois si je peux avoir mon traitement sur deux mois, voilà !*

C1/ *On a toujours fait comme ça depuis que moi je suis malade.*

D1/ *Avant je vais quand même vous dire, moi j'ai peut être été pendant pfouff... Trente ans sans aller au toubib et puis ma femme à part les accouchements... Et ben on allait pas au toubib. On allait au toubib depuis cinquante ans que ça a commencé, ça commençait à déconner et puis c'est tout.*

D2/ *On n'allait pas chez les médecins pour un oui pour un non et puis les gens de la campagne, agriculteurs, on est quand même un peu durs pour soi.*

- Pour certains couples, la consultation conjointe avait notamment commencé avec les visites à domicile.

C1/ *Avant d'habiter dans les Vosges, le médecin, on avait un médecin généraliste qui venait à domicile Donc, on était toujours ensemble.*

C2/ *On a toujours été presque ensemble. Parce que avant le médecin venait à la maison, donc la consultation, on consultait toujours ensemble, on a toujours été présents l'un et l'autre quoi !*

D2/ *Mais on a pris l'habitude de venir ensemble parce qu'on avait le même médecin, c'est tout [...]  
Une fois que, vous vous souvenez quand les médecins ne se sont plus déplacé qu'il a fallu venir au cabinet ! C'est surtout depuis là !*

- Tous les patients souffrent de pathologies chroniques, principalement d'origine cardio-vasculaire.

A1/ *Toujours pour les mêmes choses, euh, troubles digestifs, euh troubles respiratoires, des choses avec lesquelles j'ai toujours vécu [...] Il voit mal, il a le champ visuel très euh très amputé et il entend mal.*

B1/ *Je suis traité par rapport à, pour un, j'ai un miocardis c'est par rapport à l'hypertension, je suis hypernerveux, enfin faux calme on va dire que donc euh hyperangoissé, des fois, donc euh j'ai un traitement par rapport à ça, qui se passe bien d'ailleurs... Aussi heu, un peu de cholestérol donc euh un crestor aussi en même temps.*

B2/ *Ca fait trois ans que j'ai fait un AIT.*

C1/ *Je me suis fait opéré du cœur ça fait vingt ans donc, j'ai un traitement assez lourd.*

D2/ *Bon à part les soucis de santé, si on peut appeler cela soucis, de vieillesse, douleur, ce que je sais, tension, ou n'importe.*

E1/ *On vient tous les deux mois ben c'est régulier.*

- Il existe une dépendance physique de l'un suite à un handicap, le conjoint devenant l'aidant.

A1/ *Bon, il voit mal, il a le champ visuel très euh très amputé et il entend mal ce qui fait que je suis obligée de conduire, ce qui fait que nous sommes toujours ensemble. Parce qu'il ne conduit plus donc il n'est plus autonome.*

A2/ *Je suis un petit peu pas à la merci mais disons je dépends beaucoup de ma femme, parce que je ne vois plus bien, je n'entends plus bien, j'ai souvent des vertiges euh, je ne suis plus sur de moi ! Et je me sens même de plus en plus fragile et même de plus en plus vulnérable [...] Je ne pouvais plus être indépendant. Ca me pèse énormément [...] Donc, je suis assez dépendant euh de ma femme pour tous mes déplacements.*

B1/ *J'ai une femme qui a une santé assez fragile.*

- Le patient E1 considère les consultations conjointes comme étant une « consultation pour les vieux ».

E1/ *Mais les consultations qu'on fait comme euh... On dit pour les vieux, parce que c'est ça, la consultation parce qu'il faut un cachet pour la tension, y en faut un pour ci un pour ça, c'est toujours ensemble.*

▪ **Les raisons non médicales :**

- Cette consultation permettrait de faciliter les prises de rendez-vous, les transports, et le passage en pharmacie.

A1/ *Je suis obligée de conduire, ce qui fait que nous sommes toujours ensemble.*

A2/ *Bah déjà parce que je profitais de la voiture hein.*

B1/ *Donc euh c'est vrai, que quand on y va, bah euh c'est des fois par quatre parce que euh donc ma femme et mes enfants, on essaie d'y aller tous ensemble.*

B2/ *\*C'est une question de praticité déjà [...] Moi je suis plus euh... dans les papiers avec mon mari donc c'est moi qui planifie euh les rendez vous euh, et comme on a des traitements suivis tous les mois, bah on vient à deux, ou à trois ou à quatre, si on a les enfants qui viennent mais en principe on fait toujours ça voilà, on fait toujours tout en famille !*

C1/ *Elle ne roule plus, donc euh c'est déjà une nécessité qu'on vienne ensemble.*

D2/ *Question de facilité, c'est tout [...] Dans la mesure, où on a besoin et d'aller chercher des médicaments, pourquoi ne pas faire les deux d'un coup [...] De toute façon, il faut venir, il faut aller chercher les médicaments, donc euh... on y va pour deux c'est aussi bien d'y aller l'un derrière l'autre.*

E1/ *On s'est arrangés pour comme ça puisqu'elle elle travaillait à X ici et moi aussi. Alors on s'arrangeait de de venir en consultation vers le même docteur, en lui demandait tel jour [...] Donc on ne se gêne pas et comme automatiquement ma femme n'a pas le permis.*

- Un principe du mariage serait de ne pas avoir de secret l'un envers l'autre, donc de connaître tout du conjoint. Leur définition du couple définit leur façon de vivre au quotidien.

C2/ *Parce que je pense qu'on n'a pas à se cacher euh les problèmes de santé dans un couple déjà ! [...] Autour de moi j'entends des gens ils y vont séparément euh parce que ils ne veulent pas que le mari sache ce qu'il y a ou ou vice versa... moi je ne trouve pas ça normal, je trouve qu'on doit partager les même les problèmes de santé dans un couple. [...] Et puis ses problèmes de de cancer de la prostate, c'était pire que le cœur croyez moi hein, pour lui je parle hein, au niveau euh [...] C'est vrai que ça n'a pas été facile et là, il était jeune hein, il avait cinquante quatre ans hein c'est quand même jeune hein ... mais bon... Il a cru que j'allais le quitter mais moi je dis quand on aime il n'y a pas que ça dans la dans un couple hein ! C'est la vérité hein de toute manière [...] Pour moi c'est normal quoi ! [...] Moi j'estime qu'on doit partager euh le bien et le mal hein, c'est tout, c'est comme ça hein !*

D1/ *Je connais des couples, moi qui, qui communiquent pas tellement entre eux. Au docteur, oui, par exemple, y a des gens la femme euh elle aime autant que son mari soit pas là... ou vice-versa. Mais moi c'est pas chez nous c'est pas la cas. Vous êtes peut être mal tombé. [...] C'est toujours clair et quand c'est clair ça va toujours bien. C'est quand il a des magouilles ou des cachoteries, ça va mal [...] Nous on est, je dis pas qu'on est un ménage modèle, m'enfin ca fait quand même cinquante cinq ans qu'on est ensemble, euh hein, on a jamais eu de problème.*

D2/ *On n'a pas de choses à se cacher, hum, ni à dire faut pas pas le dire à ma femme, faut pas le dire à mon mari [...] Je suis pas du genre à, si j'avais quelque chose à ne pas le dire, moi je ne pourrais pas garder ça pour moi soit à mon mari soit à mes enfants si j'étais seul mais je ne pourrais pas garder ça pour moi. Comme il ya des caractères qui, qui cachent les choses comme ça.*

E1/ *Dès l'instant où on est assez franc euh l'un vers l'autre, il y a pas de problème.*

E2/ *Dans un couple s'il y a pas la confiance qu'est ce que vous voulez qui reste ? Rien du tout !*

- Cette consultation s'inscrit dans une « habitude » de vie à tout partager, c'est « automatique », c'est « normal ».

C1/ *Et puis bon à la longue et tout ça, on a pris l'habitude de venir toujours.*

D1/ *Toujours, on est toujours venu tous les deux... C'est chaque fois comme ça [...] C'est comme ça, on a nos permis tous les deux, on pourrait... alors on vient comme ça, c'est automatique [...] Nous c'est en couple comme ça... On sait même pas pourquoi hein ! Ca tombe comme ça et puis c'est tout.*

E1/ *Oui, ça a toujours été comme ça [...] Ça c'est fait comme ça, tout normalement.*

- Le patient E2 dit même n'avoir jamais consulté seul.

E2/ *Ah bah j'ai jamais consulté toute seule...*

- Pour certaines personnes, la consultation conjointe permettrait de répondre à leurs inquiétudes concernant le risque d'incompréhension du patient et son état de santé.

A1/ *Parce que, ce qui m'ennuie, c'est que je lui dis, c'est que tu n'entends pas, quand le médecin te demande quelque chose, le médecin ou quelqu'un d'autre, faut pas que je m'en tienne qu'au médecin, je dis je ne comprends pas, moi quand je n'entends pas je dis je ne vous ai pas entendu, y'a pas de honte à ça, y'a pas de, lui non, il restera fermé...*

C1/ *Quand j'ai un truc elle me suit quand même, pour être sûr que j'intercepte bien ce que madame C m'a dit [...] ou si j'ai mal dans le dos, bon bin je viens la voir tout seul hein, je n'ai pas besoin d'elle, en général.*

C2/ *Et puis bon bin moi j'aime bien parce que euh ... mon mari sinon il ne dirait pas toujours tout (rire rire) déjà d'une. [...] Si je n'étais pas toujours avec je ne suis sûre qu'il dirait tout, parce que des fois même quand je suis avec lui, il dit pas hein, alors c'est moi qui doit dire et après il dit je suis assez grand oui mais tu dis pas si je ne dis pas [...] Il a mal au dos depuis une semaine et il lui a pas dit !*

E2/ *Non non il est toujours avec, je suis toujours avec lui pour n'importe quoi même quand je vais à Y voir l'urologue, l'urologue le sait. Puis après il me rassure ou ou vous voyez ce que veux dire.*

- Les patients B2 et D2 semblent gérer la vie familiale pour les deux, de l'argent à la santé.

B2/ *Une simple raison, c'est déjà moi qui ai les moyens de paiement, donc s'il veut venir chez le docteur il est obligé de me le dire (rire) Non non, c'est une question c'est toujours moi qui ai tout.*

D2/ *Moi je je pense que je me débrouille plus que lui pour un tas de trucs, il compte beaucoup sur moi pour euh pour les démarches, les commissions, les... Un coup de téléphone, un truc comme ça. Hein, et puis prendre un rendez-vous chez le dentiste, prendre un rendez-vous chez le docteur... C'est moi qui gère les médicaments.*

- En ce sens, le patient D2 considère que les hommes en général ont besoin d'être assisté.

D2/ *Je pense qu'un homme a plus besoin de se faire dorloter qu'une femme, en réalité. Ah ils ont plus besoin d'être assisté. C'est mon impression.*

- Les couples consultent ensemble, et c'est parfois un phénomène familial.

B1/ *Bon des fois j'y vais avec la petite parce que c'est vrai des fois ça permet aussi d'emmener ma petite aussi ce jour là et elle va me demander de venir avec moi... Bon la petite c'est pas pareil, encore c'est c'est différent.*

B2/ *Je n'ai pas souvenir si vous voulez que mon père soit allé chez le médecin sans ma mère, euh... Déjà on a été peut être habitué comme ça... et en parlant mes beaux-parents c'est pareil [...] Désolé ce n'est pas compliqué chez nous ! [...] Je n'ai pas souvenir si vous voulez que mon père soit allé chez le médecin sans ma mère, euh... déjà on a été peut être habitué comme ça... et en parlant mes beaux-parents c'est pareil, euh mon beau père n'allait pas chez le médecin tout seul si ma belle mère n'était pas là, puisque euh de le savoir.*

- Le patient B2 pense que c'est le désir des hommes de consulter à deux.

B2/ *Je pense que ça doit être les hommes qui ne veulent pas y aller tout seul, enfin hum les hommes que l'on a, que moi j'ai côtoyé !*

- Selon le patient E2, les personnes consultent ensemble pour s'épauler.

E2/ *Et puis il veut m'épauler comme moi je veux l'épauler, et bien si il y a quelque chose à dire et bien on est là tous les deux pour s'épauler.*

- Selon le patient C1, consulter à deux permet d'améliorer l'interrogatoire, en limitant les oublis.

C1/ *On se complète sur les renseignements quoi qu'on, qu'on, sur les problèmes qu'on a dans le mois écoulé si on ne se rappelle plus l'un ou l'autre, on est là pour se rafraichir la mémoire soit disant pour dire si on a eu une bricole ou pas.*

Les patients apparaissent avec des caractères complémentaires. La plupart décrit leur couple comme étant fusionnel. Consulter à deux s'est donc imposé à eux à partir du moment où les maladies chroniques sont apparues, voire avant, pour ceux qui étaient visités à domicile. Il semble que les raisons non médicales, telles que la facilitation des transports ou la gestion des traitements par une personne, aient une grande influence sur le choix de la consultation conjointe.

## ii. Le déroulement d'une consultation conjointe comparée à une consultation individuelle

- **Le déroulé de la consultation conjointe :**

- La consultation conjointe est constituée de deux consultations l'une à la suite de l'autre.

A1/ *Nous entrions tous les deux ensemble quoi, et il y avait une visite pour l'un et pour l'autre.*

C1/ *Ce n'est pas parce qu'on est deux, qu'on parle tous les deux en même temps, qu'elle d'adresse aux deux personnes, elle s'adresse aux deux personnes, euh en même temps [...] Vous savez en général, généraliste si je n'ai pas de problèmes, si ça va quand euh, si c'est la même chose que le mois précédent donc euh, c'est toujours le, c'est répétitif.*

D1/ *On prend rendez-vous, on vient voir le docteur D, le docteur D, euh on lui montre notre carte, la met dans son truc bidule, comment qu'c'est, alors ça va, vous n'avez pas de problème, rien du tout, bah non, ça va bien, bon. Prends la tension, le cœur, les poumons, [silence] et puis ben voilà c'est fini, hein. [silence] Qu'est ce que vous voulez faire d'autre ? Et puis il regarde les jambes, le poids on en parle pas, parce que le poids la bascule peut pas peser le bonhomme il fait cent vingt-sept kilos euh donc elle marche pas... Et puis c'est fini et puis et ben ma femme reprend la suite ou moi, ça dépend des fois c'est elle des fois c'est moi. Donc même truc [...] Quand on est tous les deux il est au bureau là, ma femme est là, moi là, il lui prend sa tension, il fait tout ce qu'il faut et puis c'est tout hein, j'attends mon tour et puis c'est terminé.*

D2/ *Le médecin nous fait rentrer, par qui je commence et puis c'est tout...*

E2/ *Elle l'ausculte elle regarde déjà ce que le cardiologue euh a dit sur son compte bon ben il ya s'il y çà ya çà [...] Hein et puis même pour l'ordonnance euh on sait d'avance que ça ça que ca ca va pour çà on a très bien compris le truc [...] Je la laisse avec mon mari hein, et puis bon ben il est assis comme vous et puis après c'est moi.*

B2/ *On passe chacun notre tour quand même hein, voilà ! Chacun notre tour et puis euh voilà, on parle chacun de nos problèmes et puis euh... on attend chacun l'autre.*

- Certains couples ont une routine pour l'ordre de passage et tandis que d'autres pas.

D1/ *Et puis c'est fini et puis et ben ma femme reprend la suite ou moi, çà dépend des fois c'est elle des fois c'est moi.*

E2/ *Ben c'est toujours mon mari qui passe en premier j'aime autant, bon je vous dis c'est lui.*

- La durée d'une consultation conjointe semble varier, de la somme de deux consultations séparées à plus long.

D1/ *Ah ben çà dure j'en sais rien moi un quart d'heure chacun.*

B1/ *Ca va un petit peu plus vite déjà euh bon parce qu'après il faut attendre ma femme.*

C1/ *Là on vient de discuter d'un cas que j'ai lu dans un livre avec madame C, bon ma femme m'a repris parce que j'avais dit que ce n'était pas tout à fait ça ou que c'était plus... ou qu'elle l'avait lu également, donc euh c'est c'est des trucs comme ça, je veux dire des petits compléments voilà.*

- La consultation conjointe est facturée 2C<sup>13</sup>.

D1/ *Voilà la consultation qu'est ce j'en dis. On n'oublie pas de lui donner quarante quatre euros hein.*

- **L'attitude du patient :**

- Les patients A2 et B1 évoquent l'anxiété qu'ils ont à venir consulter un médecin.

A2/ *J'ai quand même une certaine angoisse, bon entre guillemets mais une certaine appréhension euh, avant de voir euh soit un médecin soit n'importe qui.*

---

<sup>13</sup> C est la cotation CPAM de la consultation d'un généraliste, soit vingt deux euros.

B1/ *Ca m'arrive des fois quand j'y vais je suis un petit peu anxieux donc euh... la peur du docteur je ne sais pas moi... on a toujours peur d'avoir une mauvaise nouvelle par rapport à ce qu'on va nous dire, nous dire ce qu'on a ou... par rapport euh je ne sais pas non en général ça se passe bien.*

- Le patient A2 témoigne de sa difficulté à s'exprimer en consultation.

A2/ *Je n'osais pas ma femme me dit tu devrais, tu devrais dire euh mais je n'entends pas ou je vous demande de répéter et ça je ne le faisais pas régulièrement c'est vrai, je n'aimais pas avoir l'air de euh d'être diminué !*

- **L'attitude du conjoint :**

- Le conjoint semble souvent intervenir au moment de l'interrogatoire, pour rectifier les dires du patient, voire parler à sa place.

A1/ *Parfois je répondais à sa place, parce qu'il est mal entendant.*

A2/ *L'docteur un jour m'a fait une remarque que c'était ma femme qui qui répondait à ma place... [...] Qui accompagnait madame mais qui, qui ne disait rien quoi !*

B1/ *\*Si j'ai oublié de dire que des fois quand ma femme est là elle arrive à reprendre des choses que j'ai oubliées de dire et des fois c'est vrai qu'on pense plus à... à deux têtes on pense à plus de choses que dans une tête (rire)... Et euh... C'est vrai que bon, des fois elle pose des questions au docteur.*

D2/ *Si le médecin pose une question à mon mari et qu'il y a besoin de rectifier, je vais aussi dire mon petit mot mais sans plus ! [...] Le médecin pose les questions qu'il a besoin de poser, bon chacun répond quand même, on va pas euh quand même insister de trop hein.*

E2/ *Puis elle me pose des questions euh, mais souvent mon mari me regarde parce que je je réponds euh je sais mieux son état de santé que lui je connais son état de santé que lui.*

- Pour certains patients, le conjoint n'influence pas la consultation.

A1/ *Non ça ça ne change rien à son attitude, ça ne change rien ni son attitude ni la mienne.*

B2/ *Pas du tout !*

D1/ *M'aidez pour quoi ? [...] Elle me gêne ? Non pas de tout.*

- Le conjoint au sein du couple A était une gêne pour le patient.

A1/ *Monsieur A, a préféré nous voir séparément. Pour une bonne raison, c'est que parfois je répondais à sa place, parce qu'il est mal entendant [...] Je ne sais pas si parce que le médecin lui a fait une réflexion ou si, si je l'étouffais trop ou si je l'ai ennuyé, je je... et puis je n'insiste pas trop, je ne saurai pas.*



- **L'attitude du médecin :**

- Selon les patients, il n'existe pas de différence ressentie dans l'attitude du médecin envers chacun des deux conjoints.

A1/ *Non ça ça ne change rien à son attitude, ça ne change rien ni son attitude ni la mienne.*

B2/ *Pas du tout.*

C1/ *Elle m'aborde tous les sujets, si j'ai... si j'ai un petit truc ou quoi, je demande au contraire pour moi madame C est un très bon médecin ça. [...] Alors en général les consultations que moi j'ai à faire à madame C se passent en général bien... On est bien accueilli, on est euh bien mis à l'aise [...] Mais en général tout se passe bien je veux dire, les consultations se passent pour le mieux, on est bien mis à l'aise, elle écoute, elle nous explique bien donc euh voilà.*

C2/ *Pareil, oui, la même chose là, là-dessus il n'y a pas de problème.*

D1/ *Puis c'est fini et puis et ben ma femme reprend la suite ou moi, ça dépend des fois c'est elle des fois c'est moi. Donc même truc. [...] Mais je vois pas de différence.*

E1/ *Il y a pas de problème elle pose des questions elle nous connaît bien elle sait comme on est, que qu'on ne se ment pas mutuellement, il y a aucun problème ! Tout ce passe normalement !*

E2/ *Elle passe autant de temps pour l'un pour l'autre et des questions qu'elle vous pose et, écoutez la dessus je pense qu'on est très bien suivi.*

- Selon le couple C, si une différence d'attention du médecin envers chacun des deux personnes existe, elle dépendrait de la gravité de la pathologie du patient.

C1/ *Parce que moi je suis, ma maladie elle est plus importante que celle de ma femme, alors moi j'ai moi j'ai un traitement assez important, tandis que elle c'est, à part sa sa mauvaise vue, elle a des problèmes comme toutes les personnes de son âge hein ça va plus vite disons [...] Bah moins importante à mon avis parce que ma maladie est plus importante C'est comme ça que je vois les choses [...] Tout dépend du problème qu'on a quoi, ou qu'on rencontre quoi*

C2/ *Bah vu ses problèmes de santé, elle lui posera plus facilement des questions si ça et ça bon, si ses poumons vont si hein, plus que euh... Il a souvent des bronchites.*

- Le médecin A a remarqué un dysfonctionnement au sein du couple A, gênant la consultation conjointe.

A1/ *Je pense que le médecin lui a senti que j'étais peut être trop, trop près de lui, il n'a sans doute pas tort d'ailleurs.*

A2/ Bah l'docteur un jour m'a fait une remarque que c'était ma femme quiii qui répondait à ma place... j'avais cru comprendre, bon il ne l'a peut être pas dit expressément, j'ai cru comprendre qu'il qu'il se demandait si j'étais une potiche !

Selon les patients, la consultation conjointe correspond à deux consultations individuelles l'une à la suite de l'autre, en termes de déroulement, de durée et d'honoraires. Les patients interviewés n'ont quasiment pas évoqué leur propre attitude au cours des consultations, mais celle de leur conjoint. Ce dernier interviendrait facilement pendant l'interrogatoire du patient. Le médecin quant à lui n'est pas perçu comme ayant une attitude différente de celle d'une consultation séparée.

### iii. Les avantages et les inconvénients pour la prise en charge de chacun des patients

- **Avantages de la consultation conjointe :**

- Il semble surtout que le conjoint facilite l'interrogatoire, et donc la prise en charge du médecin, en palliant aux troubles mnésiques.

B1/ Si j'ai oublié de dire que des fois quand ma femme est là elle arrive à reprendre des choses que j'ai oublié de dire et des fois c'est vrai qu'on pense plus à... à deux têtes on pense à plus de choses que dans une tête.

C1/ Sur les problèmes qu'on a dans le mois écoulé si on ne se rappelle plus l'un ou l'autre, on est là pour se rafraichir la mémoire soi-disant pour dire si on a eu une bricole ou pas.

C2/ Et puis bon bin moi j'aime bien parce que euh... Mon mari sinon il ne dirait pas toujours tout (*rire* *rire*) déjà d'une [...] Si je n'étais pas toujours avec je suis sûre qu'il dirait pas tout, parce que des fois même quand je suis avec lui, il dit pas hein, alors c'est moi qui doit dire.

E1/ Et on s'entend, euh, et ma femme a plus de de mémoire que moi, disons, donc, euh, c'est pas plus mal [...] Elle a une mémoire supérieure à la mienne donc il est préférable qu'elle soit là pour tout se rappeler.

E2/ On peut mieux parler avec notre médecin hein ce que ce que si j'oublie quelque chose il me le rappelle ou si lui il oublie quelque chose moi je lui rappelle. Je pense que c'est une bonne chose aussi, pour même même pour le docteur ! [...] Elle voit qu'on prend à cœur ce qu'elle nous dit hein qu'on écoute et qu'on fera en fonction de ce qu'elle va nous dire.

- Le conjoint peut être une aide pour permettre au patient de mieux comprendre les conclusions de la consultation.

D1/ *Nan mais j'aime autant parce que... ma femme est là s'il y a quelque chose qui colle pas elle elle entend donc elle sait ce qu'il y a.*

E2/ *Bon moi j'écoute hein... Comme ça après je peux lui dire ce que tu te rappelles ce que le euh ah non je me rappelle pas et ben je suis là pour lui rappeler lui dire tu vois ça va bien tout est bien bon ben c'est bien ou alors y a ci y a ça qui va pas... Il fait pareil il me dit tu te rappelles ce qu'elle a dit, alors je pense que c'est un complément pour le docteur.*

- Certains patients considèrent que la consultation conjointe permet au conjoint de connaître son état de santé, directement par les explications du médecin.

C2/ *On peut mieux partager les problèmes de santé si on sait que si on sait pas ! [...] Oui parce que comme ça au moins il sait si j'ai un petit problème il le sait ! Parce que j'ai un mari qui croit toujours parce que je suis très, que je n'ai pas de problèmes de santé que je ne suis que je suis toujours d'attaque ! Hein, comme ça au moins quand j'ai un problème il le sait, il l'entend [...] Vous savez il a eu des gros problèmes hein, j'étais contente de le savoir tout de suite.*

D1/ *Donc j'aimais mieux qu'elle soit là comme ça, elle a entendu ce qu'il y avait. (silence) Si on m'avait dit ben, vous serez mort dans une heure, alors elle aurait été au courant.*

- Pour certains patients, consulter à deux permet de se soutenir lors notamment d'annonce diagnostique grave.

D2/ *J'ai eu un jour à la suite d'une mammographie on m'avait trouvé des micro-calcifications, Justement euh le jour là j'aurais bien aimé qu'il soit avec moi j'avais été au cabinet de radiologie et le médecin m'a dit vous avez des micro-calcifications, ne vous affolez pas mais je suis rentrée en pleurs à la maison... J'aurais été contente qu'il soit avec moi ce jour là, bon j'allais simplement faire une mammographie euh de routine, je conduis, j'avais pas besoin de lui, quoi.*

E2/ *Voyez là là il a un problème de de santé en ce moment, on est déjà à moitié réconforté mais euh on s'est dit et ben voila ce qu'on va faire on a toujours fait tout tous les deux jusqu'au bout on va continuer, même si c'est très grave et bien on assume tous les deux et on y va et on attaque. [silence] Je pense que c'est la bonne solution. [...] Puis après il me rassure ou ou vous voyez ce que veux dire C'est comme ça bon ben te fais pas de bile ça va et puis moi je fais pareil avec lui [...] C'est déjà un soutien moral, vis-à-vis l'un de l'autre je pense, et puis euh on peut mieux parler avec notre médecin [...] Mon mari est à côté de moi me donnerait plus de courage [...] Et puis il veut m'épauler comme moi je veux l'épauler, et bien si il y a quelque chose à dire et bien on est là tous les deux pour s'épauler c'est peut être embêtant parce que euh comment je vous dirais moi euh, quand mon mari a quelque chose j'épouse ses ses soucis. Et lui automatiquement il épouse les miens mais on sait qu'on s'entraide tous les deux.*

- Selon le patient C1, la relation médecin-malade s'enrichit plus facilement d'éléments non médicaux au cours des consultations conjointes.

*C1/ Non parce qu'il y a toujours euh, là on vient de discuter d'un cas que j'ai lu dans un livre avec madame C, bon ma femme m'a repris parce que j'avais dit que ce n'était pas tout à fait ça ou que c'était plus... Ou qu'elle l'avait lu également, donc euh c'est c'est des trucs comme ça, je veux dire des petits compléments voilà.*

- **Inconvénients de la consultation conjointe :**

- Dans l'ensemble, il n'y aurait pas d'inconvénient à la consultation conjointe.

*C1/ Bah euh... je ne peux pas dire que je parle plus librement parce que bon quand je veux parler, je parle... j'en vois pas tellement nan d'importante.*

*C2/ Je ne pense pas, non je ne pense pas, non.*

*D1/ Mais je vois pas de différence.*

*D2/ Absolument pas.*

*E1/ Non.*

- Toutefois le patient C2 évoque la consultation gynécologique comme pouvant être une limite à la consultation conjointe.

*C2/ Je parlerais peut être, c'est vrai que si j'avais des encore des problèmes gynécologiques, je parlerais peut être plus facilement au médecin toute seule que s'il était là c'est certain ! Hein ! Mais comme le cas ne se pose pas, la question ne se pose pas donc.*

- Certains patients expliquent qu'une consultation accompagnée est source de stress supplémentaire.

*B1/ Moi j'aime pas euh à plusieurs déjà j'aime bien euh consulter euh seul à seul... Parce que je vous dis moi je suis assez, assez assez... pas nerveux on va dire que je me stresse tout seul moi en fait.*

*E2/ C'est peut être embêtant parce que euh comment je vous dirais moi euh, quand mon mari a quelque chose j'épouse ses ses soucis.*

- Pour le patient A2, le regard ou l'écoute du conjoint peuvent être une contrainte à l'expression du patient.

A2/ *Bon d'une façon générale on est plus libre hein, parce que bon quand même il y a toujours euh euh le regard ou l'entente, l'écoute de l'autre qui est là donc on restreint toujours un peu à mon avis.*

- Le patient A2 précise que la consultation conjointe oblige également à intégrer la dimension du couple dans la relation médecin-malade.

A2/ *Tandis que quand on est seul, bon bah on n'engage que soi.*

Selon les patients, la présence du conjoint a pour principal avantage un enrichissement de l'interrogatoire. Il semble pallier aux oublis du patient. Et il n'y aurait pas d'inconvénients à la consultation conjointe selon la plupart des patients.

#### iv. L'éventualité de proposer une consultation séparée

- **Les situations de réalisation d'une consultation séparée :**

- En fonction du motif de consultation, en cas de pathologie aigue.

B1/ *Donc de temps en temps en cas d'accident du travail on peut la voir, donc je la vois assez régulièrement...*

B2/ *Parce que je suis venu un jour où j'étais malade et puis il n'était pas là quoi, mais euh bon ça m'est déjà arrivé quand même de venir après mon travail parce que je suis sur la route euh, voilà toute seule hein !*

C1/ *C'est très très rare, quand j'ai par exemple, je fais je fais souvent des petites bronchites Donc quand je sens que ça va pas bien j'appelle madame C et puis je viens tout seul là, ma femme sait ce que j'ai, elle sait ce que j'ai, elle n'a pas besoin de venir (rire).*

C2/ *Des fois je viens euh il ne vient pas avec moi, il m'amène et puis il me reprend, des choses banales quoi. Bon si c'est en dehors des consultations euh régulières disons hein... Mais souvent il vient avec.*

D1/ *A part je vous dis une ou deux fois comme ça mais c'est très rare [...] Si je suis revenu une fois quand même euh entre nos deux, les deux mois, j'ai eu un p'tit problème de bronchite je sais pas quoi, donc je suis revenu tout seul.*

- En cas de la monopolisation de l'espace de parole du patient par le conjoint.

A1/ *Monsieur A pensait le voir tout seul parce que je prenais le relais parce que lui ne veut pas dire [...] Voilà, mais bon hein on va voir le médecin maintenant à chaque fois séparément, voilà [...] Il a parlé Le docteur A ne m'a rien dit, et je n'ai rien dit non plus [...] Il préfère peut être, il a peut être des choses à dire, je ne sais pas.*

A2/ *Alors j'ai dit à ma femme écoute, on va y aller ensemble parce que tu me conduis mais, on va y aller séparément... Je vais répondre moi-même quoi !*

- Pour les autres patients, il n'existe pas de situations particulières nécessitant la demande d'une consultation séparée.

B2/ *Non ! Pas pour moi.*

D2/ *Non pas du tout.*

E1/ *Non, non, non.*

- **Les freins à proposer une consultation séparée :**

- La plupart des patients accepterait une consultation séparée proposée par le médecin, d'autant plus si ce dernier l'explique.

A1/ *Ce n'est pas impossible ce que vous, ce que vous préconisez, oui [...] Non, ça ne me choque pas, est-ce qu'il en a déjà eu l'envie*

A2/ *C'est peut être pas une mauvaise idée ça ! [...] Reprendre de temps en temps euh, ouais je crois que ça serait, ça serait pas mal du tout même !*

B2/ *Non ça ne me choquerait pas je viendrais seule.*

C2/ *Ah bah je lui dirais que que je vais chez le médecin que j'ai envie de voir le médecin toute seule c'est tout ! Ah non ça ne me dérangerait pas hein !*

E1/ *Il y aurait peut être une raison à ça. Si le médecin est assez franc pour euh expliquer le pourquoi de cette chose bon ben on verrait, on ferait normal !*

E2/ *Ben j'accepterais. Mais je raconterais à mon mari après.*

- Pourtant selon certains patients n'ayant rencontré aucun problème en consultation conjointe, il n'y aurait pas de bénéfice à consulter séparément pour la prise en charge du patient.

A2/ *Ca va ça va vous paraître paradoxal mais j'ai l'impression qu'il n'y a pas beaucoup de différence.*

B2/ *Aucun bénéfice !*

C1/ *Un bénéfice euh... non [...] Je n'en verrais pas l'utilité [...] On est habitué comme ça ça marche bien, moi du moment qu'il y a des trucs qui marchent, c'est très très bien bien je ne vois pas pourquoi je changerais hein ! [...] Moi je m'adapte à ça, une fois que je suis bien adapté, il ne faut pas qu'on y touche et pis c'est tout [...] Elle m'aborde tous les sujets, si j'ai... si j'ai un petit truc ou quoi, je demande au contraire pour moi madame C est un très bon médecin.*

C2/ *Je pense que, non je ne pense pas parce que, même s'il y a avait quelque chose de de d'important je crois qu'elle le dirait devant mon mari... Donc euh, elle nous connaît bien hein, elle sait que on partage tout [...] Ca ne me dérangerait pas mais enfin personnellement j'en vois pas l'utilité quoi [...] Mais ça pourrait être un jour utile que je sois seule c'est vrai c'est certain.*

D1/ *Pourquoi vous voulez que je sois mieux soigné non.*

E1/ *Tout ce passe normalement ! Enfin à notre avis puisque donc on a toujours fait comme ça, donc on suppose que c'est le meilleur [...] Elle pose des questions elle nous connaît bien elle sait comme on est, que qu'on ne se ment pas mutuellement, il y a aucun problème ! [...] C'est-à-dire, on parle, on parle franchement, on ... On ne cache rien. On a rien à cacher de de hein !*

E2/ *Je pense qu'on est très bien suivi [...] Je ne vois pas l'utilité de venir toute seule, il il me manquerait quelque chose.*

- Les patients semblent confondre le secret professionnel avec le secret au sein du couple. Une séparation des consultations serait donc synonyme de secret entre eux.

B1/ *Non, non, je n'ai pas le désir de cacher, si un jour elle doit m'annoncer une mauvaise nouvelle bah je l'annoncerai à ma femme... Je pense que j'ai eu votre mari voilà il a une maladie très grave ou... ou une chose comme ça... non ce n'est pas mon but le secret médical, non.*

B2/ *On n'a rien à se cacher, je ne vois pas pourquoi je cacherais que je suis malade, ou j'ai besoin de quelque chose.*

D1/ *Si ma femme me dit non ben je veux pas que tu viennes je vais au médecin mais je veux pas que tu assistes à la consultation, je dirais tu as quelque chose qui, que tu veux pas que je le saches alors je suis pas d'accord.*

E1/ *On trouve que c'est pas normal parce que euh, on a toujours toujours été ensemble, on se connaît suffisamment, et il y a jamais eu de mensonge entre nous.*

E2/ *Ben j'accepterai. Mais je raconterais à mon mari après.*

- En ce sens, certains patients refuseraient d'emblée l'idée d'une consultation séparée occasionnelle.

D1/ *Possible que je sois pas d'accord et vice versa, elle, elle serait pas d'accord non plus... [...] Non pourquoi que vous voulez faire ça non, j'aime autant que ma femme soit là, Non [...] Ah non alors là pas du tout pas du tout.*

D2/ *Il pourrait éventuellement le demander, mais je lui répondrai que je continue comme comme maintenant voila.*

- Il semblerait que le choix du mode de consultation pourrait ne relever que du souhait du patient et non d'une proposition du médecin.

B2/ *Ah bah il suffirait qu'il me le dise ! Je vais tout seul chez le médecin, il peut y aller tout seul.*

D2/ *Pour le moment on n'a pas ressenti le besoin de faire chacun de son côté.*

- **Les bénéfiques à proposer une consultation séparée :**

- Restituer une liberté d'expression au patient serait un bénéfice à la consultation conjointe.

A1/ *Il s'exprime peut être différemment, m'enfin je ne sais pas, peut être... Il a peut être des choses à dire qu'il, qu'il ne veut pas, qu'il ne peut pas dire ou je ne sais pas [...] Et bien de dire vraiment ce qu'il a envie de dire, ce qu'il ne pourrait peut être pas dire devant moi, je ne sais pas, par exemple [...] Mieux soigné je ne pense pas que ça change quelque chose, plus libre de dire ce qu'on veut, oui, plus libre.*

A2/ *Ou tout du moins on ne communiquera pas au médecin de la même façon hein ! Oui, je crois que ça sera pas mauvais ça !*

B1/ *Moi j'ai plus l'impression de... pouvoir euh parler un peu plus et de dire euh ce qui m'est arrivé ou j'ai une douleur là.*

C2/ *Par contre lui peut être qu'il ne parlerait pas de certaine chose si moi je suis avec [...] Pour moi il n'y en a pas, c'est la même chose pour moi bon, bon... Je parlerai peut être, c'est vrai que si j'avais des encore des problèmes gynécologiques [...] j'ai été opérée au niveau gynécologique j'ai plus rien on m'a tout enlevé quand j'avais trente-huit ans donc euh, sinon c'est vrai que si je devais encore faire des visites comme ça il y a tellement de chose que je n'aimerais pas qu'il entende peut être [...] Ah, si je suis toute seule je parlerai certainement de choses que je ne parle pas quand il est là ! [...] Certainement, il y a des choses qu'on aime mieux parler toute seule au médecin que quand le mari il est à côté quoi mais comme ça en se pose pas.*



- Certains patients évoquent le respect de la relation médecin-malade et de l'intimité du patient comme bénéfique à consulter séparément.

A1/ *Un moment personnel hum, je le ressens aussi comme ça quoi.*

A2/ *A moins qu'il y ait des gens qui aient quelque chose non pas à cacher mais à garder pour eux [...] Peut être sur certains sujets, on on ne parle peut être pas de la même façon euh euh seul qu'en présence de quelqu'un c'est possible hein. Bon c'est pas, c'est pas qu'on ait abordé avec le docteur des questions très très personnelles... ni sur la vie de couple, ni sur ces choses là hein, donc on n'avait pas à cacher quelque chose mais, c'est possible hein qu'il y ai une autre une autre façon de répondre c'est possible.*

- Consulter seul permettrait également de ne pas inquiéter le conjoint au sujet d'un diagnostic.

B2/ *Sur des doutes qu'il aurait euh à propos de ses problèmes de santé pour pas, peut être pour pas que moi je m'en fasse, pas pour me le cacher mais comme il sait que je suis, remarquez il a tellement eu de choses que c'est normal que je me fasse du mouron.*

D2/ *Je conçois aussi le cas quand il y en a un des deux qui a déjà des gros soucis de santé personnels que son conjoint ne veuille pas encore aggraver.*

- A ce sujet le patient A2 précise que le médecin est le plus à même d'expliquer une maladie.

A2/ *Que ce ne soit pas non plus le conjoint lui-même qui annonce ça, (raclement de gorge) peut être que le médecin il a d'autre euh façon d'autres mots pour le dire.*

- Selon certains patients, la consultation séparée permettrait d'être autonome par rapport au conjoint.

A1/ *Et lui je sais qu'il souffre beaucoup d'être dépendant, ça c'est, c'est quelque chose qu'il ne tolérera jamais [...] Pour moi, lui il est peut être plus libre.*

A2/ *D'une façon générale on est plus libre hein, parce que bon quand même il y a toujours euh euh le regard ou l'entente, l'écoute de l'autre qui est là donc on restreint toujours un peu à mon avis... Tandis que quand on est seul, bon bah on n'engage que soi [...] Parce qu'il a une routine qui s'installe... une habitude de raisonner ensemble si on peut dire, de raisonner à deux, de de dire à deux les choses, de euh... et au bout d'un certains temps on aura pris cette habitude là et on ne pensera plus par soi même !*

- Les patients A1 et B1 expriment un sentiment de satisfaction à consulter seul.

A1/ *Bon pour lui je pense qu'il respire mieux quoi, il est, il est un peu seul... Et puis vous savez quand je suis un peu seule, je suis contente aussi.*

B1/ *Bah je me sens mieux ! Je me sens un peu plus guéri, j'ai personne autour de moi, donc déjà pour moi c'est déjà bien [...] Je me sens mieux, je me... voilà... ça se passe mieux pour moi... Moi j'arrive sinon après angoissé.*

- Le patient B1 précise que consulter seul permettrait de gagner du temps pour le patient.

B1/ *Ca va un petit peu plus vite déjà euh bon parce qu'après il faut attendre ma femme euh la petite le grand et ça à quatre c'est long, et puis voilà je veux dire euh c'est, pour moi c'est mieux !*

Selon les patients, la plupart consultent seuls occasionnellement en cas de pathologie aiguë mais pas pour le suivi au long cours d'une pathologie chronique. La proposition d'une consultation séparée par le médecin serait en majorité acceptée s'il l'explique, et ceci malgré un scepticisme des patients quant à son intérêt. De plus, ils semblent confondre le secret professionnel avec les secrets au sein de leur couple. Toutefois, le principal bénéfice envisagé à cette consultation séparée serait de garantir le respect de l'intimité et la liberté d'expression du patient.

## v. Le secret médical

- Pour certains patients, il semble que le secret professionnel, associé à la consultation séparée, soit assimilé à un secret au sein du couple.

B1/ *Non, non, je n'ai pas le désir de cacher, si un jour elle doit m'annoncer une mauvaise nouvelle bah je l'annoncerai à ma femme.*

B2/ *On n'a rien à se cacher, je ne vois pas pourquoi je cacherais que je suis malade, ou j'ai besoin de quelque chose.*

D1/ *Ben si ma femme me dit non ben je veux pas que tu viennes je vais au médecin mais je veux pas que tu assistes à la consultation, je dirais tu as quelque chose qui, que tu veux pas que je le sache.*

D2/ *On a pas de choses à se cacher, Hum, ni à dire faut pas pas le dire à ma femme, faut pas le dire à mon mari.*

E2/ *C'est normal il faut pas, euh, il faut surtout pas se cacher quelque chose entre mari et femme ben alors là ça va être la débandade dans le couple [...] Il faut pas de secret.*

- Le secret professionnel sous-entend un diagnostic de maladie grave pour certains patients, or ils souhaitent être informés. Ils considèrent que c'est légitime et le patient E2 assimile l'existence d'un secret à de la honte.

A2/ *Imaginez que, enfin vous l'imaginez très bien (rire), mais que euh quelqu'un, que quelqu'un sache qu'il est gravement malade, bon il peut ne pas vouloir le dire ne pas vouloir l'annoncer, tout du moins pas prématurément quoi... Un jour je vois dans le domaine là, dans cette question précise qu'il y'ait effectivement un problème !*

C1/ *Je fais souvent des petites bronchites. Donc quand je sens que ça va pas bien j'appelle madame C et puis je viens tout seul là, ma femme sait ce que j'ai, elle sait ce que j'ai, elle n'a pas besoin de venir.*

C2/ *Moi je trouve qu'on a pas à se cacher euh, non et puis même si il devait avoir quelque chose de grave, je trouve que c'est normal de le savoir [...] Et puis je pense que pour lui si moi je... il il aurait peut être plus de de difficultés lui à entendre la vérité que moi je pense... Je pense, parce que même pour lui il n'aime pas entendre des fois il dit oh je dis pas ça va passer c'est pas la peine je vais encore apprendre des trucs je ne préfère pas savoir. Donc je pense que lui il aimerait peut être mieux ne pas savoir peut être mais... il vient quand même toujours avec moi.*

D1/ *Si moi j'ai un cancer, je sais que j'en ai un si elle, elle a eu un problème de sein, elle a été opérée, on l'a su tout de suite.*

D2/ *Je suis pas du genre à, si j'avais quelque chose à ne pas le dire, moi je ne pourrais pas garder ça pour moi soit à mon mari soit à mes enfants si j'étais seul mais je ne pourrais pas garder ça pour moi ; Comme il y a des caractères qui, qui cachent les choses comme ça. La maladie n'est pas honteuse.*

- Par ailleurs le patient D1 décrit la consultation conjointe comme une consultation d'un couple et non de deux patients.

D1/ *Ben moi j'aime bien le docteur D, bon ben nous on a une confiance illimitée au docteur D... mais disons que euh si on a quelque chose à lui confier, on lui confiera tous les deux ensemble mais pas personnellement Je vais pas lui dire, euh je sais pas moi euh, ... j'ai ça j'ai ça, qu'est ce que vous me conseillez de faire, j'ai ça, non, ça va pas si il y a quelque chose à lui demandez, ma femme sera là.*

- Selon le patient E2, un bon médecin devrait pouvoir tout aborder en consultation conjointe, le médecin accepte une consultation à trois.

E2/ **[Donc vous dites absolument tout ce que vous voulez ?]** Ah oui oui oui oui, on est forcé parce ce qu'elle vous pose des questions et donc on est forcé de répondre, hein ! [...] Tous les sujets sont abordés hein, jusqu'euh euh je sais pas moi pour pour la selle le matin, pour mal aux jambes, pour ci pour ça.

- Le patient D1 affirme qu'il aborde tous les sujets en consultation conjointe, sans réserve par rapport à son conjoint.

D1/ Au toubib, alors non, moi si j'ai quelque chose à lui dire je lui dis même si ma femme est là, ça me dérange pas, ah ben non je comprends pas non non là-dessus il y a aucun problème sur toute la ligne avec ça.

Selon les patients, le secret professionnel est synonyme de secret au sein du couple, et notamment de diagnostic grave. Or le conjoint considère légitime qu'il ait la même information que le patient, et le patient considère légitime que son conjoint ait la même information que lui. L'attitude des patients et des médecins semblent ne pas être modifiées par la présence du conjoint.

## vi. Réflexions générales des patients sur les consultations accompagnées

- Certains patients comparent leur habitude de consulter ensemble avec différente habitude d'autres couples. Ils ne comprennent pas et ils considèrent qu'ils ont probablement des secrets l'un envers l'autre.

D2/ Justement je m'explique mal euh, j'ai une tante qui est morte à soixante-et-onze ans c'est pas hier, elle avait quarante-deux ans elle est morte d'un cancer du sang, du sein et je ne m'explique pas que son mari ne s'en soit pas rendu compte [...] C'est ça que qui me dépasse un peu [...] On a un couple d'amis, elle elle a eu des ennuis de santé au niveau poumon, elle fumait beaucoup et il voulait absolument qu'elle arrête, je pense que c'est une raison aussi, elle voulait pas qu'il sache ce que le médecin lui disait sinon il l'encourageait à arrêter de fumer ou de réduire beaucoup je pense que c'est ça aussi.

E2/ Moi je connais au moins dans ma famille même dans mes amis le le mari va tout seul chez le docteur elle elle va ailleurs nous on comprend pas ils se disent même pas ce qu'ils ont ni rien, nous ça nous choque ça ça nous choque !

- D'autres situations de consultations accompagnées sont abordées :
  - Une consultation chez le pneumologue.

*C2/ Même quand il va chez le pneumologue euh, on discute, c'est toujours pour lui et jamais pour moi de toute manière (rire) mais bon le pneumologue si j'ai envie de lui poser une question sur ses problèmes je lui pose, il répond.*

- Une consultation chez le gastro-entérologue.

*C2/ J'étais chez le gastro-entérologue mercredi, il était avec moi hein !! Il a assisté à ma consultation, bon il est pas venu euh euh quand j'ai été m'allonger mais il était dans le bureau à côté hein.*

- A contrario, le patient C2 précise que la consultation n'est jamais accompagnée chez le dentiste.

*C2/ Si je vais chez le dentiste il ne rentre pas chez le dentiste hein !*

Les patients se sont exprimés sur l'habitude d'autres couples de consulter séparément. Ils ne comprennent pas leur choix, et ils y voient le signe d'un dysfonctionnement au sein du couple avec de probables mensonges. Chez le spécialiste, la consultation peut être accompagnée mais n'est pas double.

**Nous pouvons résumer le vécu des patients étudiés comme suit :**

- A1 et A2 : Ils avaient l'habitude de consulter de manière conjointe puis à la demande du mari la consultation est devenue systématiquement séparée. A noter toutefois que la femme explique que c'est à la demande du médecin, reflet d'un probable défaut de communication au sein du couple. Lui est très dépendant et ne l'accepte pas. Retrouver une consultation seul a été un soulagement. Elle est très protectrice et accepte la situation.

- B1 et B2 : Ils consultent ensemble et à l'occasion séparément. La femme gère la vie familiale, décrivant une relation de dominant-dominé. Il ne semble pas choisir la consultation conjointe, il n'est pas contre mais il préférerait être seul. Il ne semble pas que son épouse en ait conscience. Pour elle, cette situation est intégrée à une habitude familiale de consulter à deux, elle pense même que ce sont les hommes qui ont besoin d'être « assistés ». Ils accepteraient la proposition d'une consultation séparée occasionnelle.

- C1 et C2 : Ils consultent exclusivement ensemble, sauf pour les bronchites de monsieur. Il apparaît que la santé de ce dernier est plus fragile que celle de l'épouse. Il existe donc un léger déséquilibre entre les deux consultations durant la consultation conjointe, en faveur du mari. La femme se contredit souvent entre ses croyances générales et son avis, quant au mari il verbalise une opinion très tranchée. Ils refuseraient la proposition d'une consultation séparée, le changement d'habitude étant le frein évoqué.

- D1 et D2 : Ils consultent toujours ensemble. Ils sont toujours ensemble pour tout. Il ne semble pas exister de problèmes majeurs au sein de leur couple. La relation paraît équilibrée entre chacun des deux patients. Ils ne voient pas de bénéfice à consulter séparément.

- E1 et E2 : Ils consultent toujours ensemble et depuis toujours. Ils représentent le couple fusionnel, pour lequel tout se passe bien. Dans leur relation, la femme est représentée comme étant l'infirmière du mari. Il apparaît dans leur discours qu'ils sont un couple de personnes s'entraïdant et indispensables l'une pour l'autre. Partant du principe que leur médecin est compétent, ils accepteraient sa proposition d'une consultation séparée occasionnelle. Ils précisent qu'ils se raconteraient la consultation après.

## **g. Points de vue déontologique et juridique**

---

### **i. Avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins**

Le président de la section « Déontologie et Ethique » du Conseil National de l'Ordre des Médecins, le Docteur CRESSARD Piernick nous a reçu en compagnie du président de la section « Formation médicale et Qualification », le Docteur NICODEME Robert (Cf. l'annexe d). Le Docteur CRESSARD est neuropsychiatre dans la région d'Orléans, le Docteur NICODEME est l'ancien coordonnateur du DES<sup>14</sup> de Médecine Générale à la faculté de Médecine de Toulouse, spécialiste en médecine et biologie du sport.

L'objectif était de recueillir la position déontologique du Conseil de l'Ordre des Médecins sur la réalisation de cette double consultation en médecine générale.

Nous avons commencé l'entretien par poser le cadre de notre travail. Puis le Docteur CRESSARD a répondu à mes questions.

Selon le président de la section « Ethique et Déontologie », la question de la légitimité du tiers dans cette double consultation trouve réponse en la personne de confiance. Il semblerait évident que l'accompagnant-patient soit assimilé à la personne de confiance, autant dans l'esprit du patient que dans celui du médecin.

Il a précisé que la consultation conjointe n'est « *pas compatible avec le respect du secret médical* ». Elle soulève les problèmes du manque d'intimité, du défaut d'espace de parole. « *Nous ne pouvons pas tout savoir dans ces conditions* ».

Le Docteur CRESSARD a souligné que le médecin n'est pas neutre, il cautionne la consultation conjointe. Il a précisé que si sa pratique est non conforme au code de déontologie, qui impose le secret médical, alors le médecin est fautif.

Même si les médecins estiment que c'est au patient de choisir, ils devraient toujours penser au patient qui ne pourrait pas s'exprimer.

A la question « Existe-t-il une sorte de négligence d'un des deux patients qui entraînerait un déséquilibre de la prise en charge individuelle ? », le Docteur CRESSARD a répondu que la consultation conjointe semble augmenter surtout le temps de consultation consacré aux sujets non médicaux.

---

<sup>14</sup> Diplôme d'Etudes Spécialisées

Pour nuancer cette remise en cause de la consultation conjointe régulière, il convient de la remettre dans le contexte du suivi au long cours d'un patient et non pas ponctuellement lors d'une consultation. Si sur le temps de la consultation la relation médecin-malade serait perturbée par la présence du conjoint, sur plusieurs mois elle pourrait être équilibrée par des moments de consultation séparée, spontanés ou non.

Les deux limites spontanément énoncées à la consultation conjointe sont d'une part la routine cristallisant rapidement la prise en charge et d'autre part la dérogation au secret professionnel.

Le président de la section « Ethique et Déontologie » a préconisé spontanément de réaliser les consultations conjointes de manière occasionnelle.

En conclusion, selon l'avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins, la consultation conjointe devrait être singulière sauf si elle permet d'intégrer la personne de confiance, et c'est clairement au médecin de choisir le mode de consultation.

« *C'est une thèse éducative* » selon les propos du Docteur CRESSARD. Elle rappelle l'importance de la tenue du colloque singulier et la nécessité de demander l'accord du patient pour chaque présence de tiers durant une consultation.

« *Le secret médical reste un élément essentiel pour la relation médecin-malade.* »

D'après l'avis de l'Ordre national des Médecins, la consultation conjointe ne devrait théoriquement pas exister sauf si elle permet d'intégrer la personne de confiance. Par ailleurs il semble que le médecin devrait pouvoir choisir le mode de consultation, tout en s'adaptant à la situation.

## **ii. Avis d'un Avocat spécialiste en contentieux médical**

Maître LAPREVOTTE Karine, Avocat au Barreau de Nancy, a accepté d'étudier la consultation conjointe d'un point de vue juridique. Nos échanges étaient téléphoniques et électroniques par courriel.

La première remarque de sa part fut qu'il n'existe pas forcément un contentieux au sein du couple, les problèmes semblent apparaître seulement si une des personnes a un ascendant quelqu'il soit sur l'autre. Par ailleurs, si la levée du secret est acceptée par le patient lors de son rendez-vous, il semble impossible de reprocher au médecin de réaliser une consultation conjointe, cette dernière lui étant quasiment imposée.



Force est de constater qu'un des principes qui régit les relations praticien-patient est le secret médical. Ainsi le code de déontologie médicale stipule à l'article 4 que « *le secret professionnel, institué dans l'intérêt des malades, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi* », à l'article 72 que « *le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment* » et à l'article 73 que « *le médecin doit protéger contre toute indiscretion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents* ».

Par ailleurs, le Code Pénal, quant à lui, prévoit à l'article 226-13 que « *la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par son état ou sa profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.* »

Toute divulgation, en dehors des circonstances autorisées ou permises par la loi, est sanctionnable. En effet, le délit de violation du secret professionnel est constitué dès lors que la révélation est effective, intentionnelle, même si son objet est de notoriété publique, même si elle n'entraîne aucun préjudice pour celui qu'elle concerne.

Cependant, des dérogations au secret médical liées à la loi ont fait leur apparition au fil du temps.

### 1/ L'ordre de la loi

Ces dans ces conditions que l'article 226-14 du Nouveau Code Pénal dispose « *L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :*

1°) *A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou de privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;*

2°) *Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du Procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises.*

3°) *Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une. Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.* »

Ceci signifie que la personne qui dénonce les sévices ou privations sur mineur ou sur personne vulnérable, ne sera pas poursuivie pour divulgation du secret. Il en va de même du médecin qui dénonce les sévices qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles ont été commises (mais seulement avec l'accord de la victime). Il s'agit bien d'une autorisation à divulguer sans encourir de poursuite. Il ne s'agit pas d'une obligation.

Cette rédaction confirme le désir du législateur de ne pas entamer le caractère absolu du secret.

En revanche, Maître LAPREVOTTE a précisé que si la personne tenue au secret se tait sur ce qu'elle a pu connaître, cela ne la dispense pas de mettre en œuvre tous les moyens susceptibles de porter secours à personne en péril.

En matière de sévices, l'assistance peut consister en une simple hospitalisation (qui éloigne l'enfant ou le vieillard du milieu dangereux) ou en un coup de téléphone aux services sociaux.

Il en est de même lorsqu'un médecin, lors de l'exercice de sa profession a connaissance d'un crime ou d'un délit contre l'intégrité corporelle d'une personne. Il n'a pas à le dénoncer, mais s'il peut par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, porter secours il doit le faire, sous peine des sanctions prévues au même article 223-6 du Nouveau Code Pénal, alinéa 1.

## 2/ Les dérogations de source légale

De même et dans de nombreuses circonstances, le législateur a prévu la divulgation de certaines informations relatives à l'état de santé des personnes, afin de permettre l'application d'une loi.

En matière de santé publique, le médecin a certaines obligations :

- Déclaration des maladies professionnelles (loi du 30 octobre 1946), des accidents du travail.
- Déclaration des maladies contagieuses (Article L 11 et suivants du Code de santé publique). Il s'agit de déclaration anonyme à l'autorité sanitaire, exceptée la déclaration de suspicion de Creutzfeld Jacob qui depuis le décret et l'arrêté du 19 septembre 1996 est obligatoire et nominative.
- Déclaration des maladies vénériennes (Article L225 du Code de Santé Publique). La déclaration est anonyme si le malade accepte les soins, nominative dans le cas contraire. Concernant le SIDA, la déclaration est toujours anonyme.
- Déclaration des alcooliques dangereux à l'autorité sanitaire (Article L. 355.2 du CSP).

- Etablissement de certificats médicaux permettant la protection des majeurs incapables (loi du 3 janvier 1968).
- Etablissement de certificats médicaux permettant l'hospitalisation des malades mentaux (loi du 27 juin 1990).
- Déclaration des interruptions volontaires de grossesses à l'autorité sanitaire (loi du 17 janvier 1975). Il s'agit de déclaration anonyme.
- Etablissement de certificats médicaux lors de la grossesse et des deux premières années de la vie de l'enfant.
- Lois (nombreuses) sur la protection de la mère et de l'enfant.

En matière d'instance judiciaire, le médecin a également certaines obligations :

- En ce qui concerne un patient, celui-ci doit pouvoir disposer librement d'éléments relatifs à sa santé si ceux-ci ont utilité à faire valoir ses droits. Il peut produire en justice les certificats médicaux établis à son endroit et sur sa demande devant les juridictions pénale ou civile.
- En ce qui concerne le médecin, il peut comme tout citoyen être cité à comparaître en qualité de témoin. Il est tenu de comparaître, de prêter serment et de déposer. En revanche, si la teneur de son témoignage concerne de faits qu'il a connus lors de son exercice professionnel et hors le cas où la loi l'autorise ou lui impose de parler, il peut garder le secret. Il lui est permis de parler devant ses juges, si ses déclarations servent à assurer sa propre défense. Il en va différemment, lorsque le refus de témoigner fait obstacle à la mise en œuvre d'un texte imposant un type de preuve spécifique.

Ainsi, l'article 901 du code civil stipule que la validité d'un testament ou d'une donation entre vifs est subordonnée à l'état mental du donateur. Le médecin ne peut refuser aux héritiers l'attestation qui pourrait apporter la preuve d'une démence ou de toute autre atteinte du jugement, d'origine pathologique, au moment de la signature du testament.

Il en est de même pour l'article 1975 du Code Civil en matière de rente viagère. Le contrat ne produit aucun effet si la personne sur la tête de laquelle a été créé le contrat décède de la maladie dont elle était atteinte antérieurement, dans les vingt jours suivant la date du contrat. Le médecin ne peut refuser le certificat établissant le lien entre l'affection et le décès.

Les sanctions sont pénales avec des peines d'amende ou de prison (un an d'emprisonnement, et 15 000 euros d'amende), civiles si un préjudice résulte de l'infraction, et disciplinaires en raison de la violation des articles du Code de Déontologie.

Si cette liste de dérogations légales au secret professionnel n'est certes pas exhaustive, force est cependant de constater qu'aucunes dispositions légales ne font état de l'hypothèse d'une pareille dérogation en matière de consultation conjointe.

Or il paraît évident qu'en l'absence de dérogation légale, et en poussant le secret médical à son paroxysme, nous ne pouvons absolument pas y déroger, même pour une consultation conjointe...

Cependant, et de fait, Maître Karine LAPREVOTTE a ajouté qu'il est des situations imposées par la pratique et plus particulièrement par le patient où, en l'absence de texte, il convient de faire face aux difficultés déontologiques et pénales qui se posent, d'y pallier.

Aussi, quand bien même il ne s'agit pas de la même situation, et qu'en tout état de cause il serait risqué de créer une telle situation dans la relation tiers-praticien, un parallèle pourrait être fait avec la dérogation qui existe en cas de désignation de personne de confiance ou même de médecine collégiale...

En principe, le secret appartient au patient et en conséquence, les médecins entre eux ne peuvent pas en disposer librement.

Toutefois, il existe des dérogations au secret médical dans le cas de la médecine collégiale :

- un médecin consulté par le patient de l'un de ses confrères ne peut informer celui-ci de ses conclusions qu'avec l'autorisation du malade. Mais tel n'est pas le cas pour le médecin appelé d'urgence, le consultant, répondant à la demande du médecin traitant, de la famille ou du malade : dans ce cas, le médecin qui prend en charge le malade à l'occasion d'une hospitalisation doit communiquer le résultat de son intervention au médecin traitant, sans que le malade puisse s'y opposer. Le malade doit simplement en être avisé.
- dans le cas où un malade recourt à un dispensaire ou un groupe mutualiste, il est admis que les informations circulent au sein de l'organisme, sauf les notes confidentielles du médecin.
- en ce qui concerne le personnel administratif et la secrétaire médicale, l'article 72 du Code de déontologie fait obligation au médecin de veiller à ce que les personnes qui l'assistent soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment, ils sont donc soumis au secret médical. L'article 9 de la loi du 8 avril 1946 prévoit que les assistantes sociales et les auxiliaires de services sociaux soient tenus au secret professionnel. En ce qui concerne l'éducateur spécialisé, aucun texte ne prévoit qu'il soit astreint au devoir de se taire et on ne peut pas considérer qu'il assiste le médecin, et les tribunaux jusqu'alors ont plutôt eu tendance à ne pas leur appliquer le secret médical.

De même, il convient de faire remarquer que le patient a également le pouvoir de délier le praticien de son secret professionnel, étant précisé qu'il s'agit là encore d'une autorisation ponctuelle et que dans l'absolu, nul ne peut délier le médecin du secret médical, pas même le patient...

Maître LAPREVOTTE a par ailleurs précisé que le consentement du malade à la levée du secret a pour effet de supprimer le caractère confidentiel de l'information. Il n'est d'ailleurs pas rare qu'un patient demande à se faire remettre un certificat médical pour fournir des informations sur son état de santé (licence de sport, assurance...). Néanmoins et dans toutes les hypothèses, le médecin doit s'assurer de la volonté réelle du malade de lever le secret médical.

En conclusion, le secret étant absolu, la déontologie voudrait que ce genre de pratique n'existe pas, le problème encore une fois réside dans l'application du texte à la pratique... Même si la pratique n'est pas souhaitable au risque de voir des dérives à la levée du secret professionnel, les textes réprimant la violation du secret professionnel ne trouveront pas à s'appliquer, non pas parce qu'ils n'y ont pas vocation, bien au contraire, parce qu'il est fort à parier qu'aucune plainte ne sera jamais déposée tant devant les juridictions ordinaires que pénales .

En effet, même si à n'en pas douter le praticien ne sera jamais mis en porte à faux par son patient, à qui finalement il n'a fait qu' "obéir", et que de ce fait ce dernier ne risque rien d'un point de vue déontologique, selon Maître LAPREVOTTE, la véritable question, et le vrai problème de cette pratique médicale, est de « *savoir si le patient souhaite véritablement la présence d'une autre personne lors de sa consultation...* », raison pour laquelle le médecin doit s'assurer de la volonté réelle du malade de lever le secret médical.

Les textes réprimant la violation du secret professionnel ne trouveront pas à s'appliquer, non pas parce qu'ils n'y ont pas vocation, bien au contraire, mais parce qu'il est fort à parier qu'aucune plainte ne sera jamais déposée tant devant les juridictions ordinaires que pénales. La véritable question, et le vrai problème de cette pratique médicale, est de « *savoir si le patient souhaite véritablement la présence d'une autre personne lors de sa consultation...* ».

**En conclusion, le secret étant absolu, la déontologie veut que ce genre de pratique n'existe pas, le problème encore une fois réside dans l'application du texte à la pratique... Même si la pratique n'est pas souhaitable au risque de voir des dérives à la levée du secret professionnel, les textes réprimant la violation du secret professionnel ne trouveront pas à s'appliquer, non pas parce qu'ils n'y ont pas vocation, bien au contraire, mais parce qu'il est fort à parier qu'aucune plainte ne sera jamais déposée tant devant les juridictions ordinaires que pénales.**

## V. Discussion

---

### a. Les forces de notre étude

---

Notre thèse étudie une situation spécifique à l'exercice du médecin généraliste. Ce dernier est le médecin traitant des deux personnes d'un couple qui consultent régulièrement en même temps.

A notre connaissance, il s'agit du premier travail élaboré sur le thème de la consultation conjointe. Certaines études réalisées portaient sur les consultations accompagnées en médecine générale ou sur la prise en charge du couple en médecine générale.

Notre étude a permis de recueillir à la fois le ressenti des médecins et celui des patients. Le point de vue des patients permet notamment de mieux comprendre pourquoi ils consultent à deux. Une analyse comparative des ressentis permet d'obtenir des résultats approfondis sur le sujet.

Les échantillons, à défaut d'être représentatifs, sont suffisamment variés pour couvrir au maximum la problématique de la consultation conjointe. Par ailleurs, des avis complémentaires déontologique et juridique ont été recueillis et permettent d'étayer le sujet.

La reproductibilité du protocole et de ses résultats est fondamentale [14], elle a été la priorité. Ainsi la même méthode, utilisée par un autre expérimentateur, devrait donner les mêmes résultats.

Les mêmes données ont été analysées par plusieurs personnes, et nous avons tenté d'expliquer les résultats afin d'améliorer leur validité. [14]

<p>Notre thèse étudie une situation spécifique à l'exercice du médecin généraliste. A notre connaissance, il s'agit du premier travail réalisé sur la consultation conjointe.</p>
---

## **b. Les limites de notre étude**

---

Le ressenti des personnes quant à leur pratique de la consultation conjointe est à distinguer de la pratique elle-même.

La durée des entretiens est relativement courte, avec une moyenne de quinze minutes. Toutefois les débats avec les médecins ne manquaient pas après avoir pointé le problème du non respect du secret médical durant les consultations conjointes. A noter, que les apartés hors enregistrement étaient également enrichissants.

La petite taille des échantillons, cinq médecins et dix patients, est à prendre en compte dans le degré de généralisation des données extraites de notre étude.

Notre étude comporte un biais de la sélection des patients, de par leur volontariat et leur choix orienté par le médecin.

Dans la méthodologie qualitative des biais peuvent venir également de l'enquêté puisque la qualité de l'information dépendra : [14]

- Du niveau scolaire, ce qui ne pose pas question pour les médecins,
- De la capacité d'extraversion de la personne interrogée (associations d'idées, capacité de pensées, etc.),
- De la valeur de généralisation de l'enquêté,
- De la participation psychologique des propos,
- Des mécanismes de défense que l'interrogé déploie (fuite, rationalisation, projection, introjection, identification, refoulement, renversement, oubli, etc.). A noter que notre étude est assimilée à une évaluation des pratiques professionnelles par des médecins, ils sont donc moins bavards, à la différence des patients.

Par ailleurs, le contrôle des biais introduits par la présence du chercheur est illusoire. Il serait vain de nier leur réalité. [14]

Un des principaux facteurs limitant de la méthode qualitative est l'habileté de l'enquêteur à mener les entretiens. Le style de conduite, le mode d'entretien, les mécanismes de défense, les propres opinions du chercheur peuvent influencer beaucoup la recherche. [14] L'interviewé était par ailleurs naïf en terme de recherche qualitative.

Il n'y a pas eu de triangulation. Ce principe consiste à valider les résultats par la recherche de leur convergence en variant les techniques de recueils de données. [14]

La méthodologie qualitative comporte par définition certains biais, notamment liés à l'entretien lui-même. De plus, notre étude est basée sur un petit échantillon avec des entretiens de courte durée.

## **C. Synthèse des résultats et commentaires**

---

### **i. Le ressenti des médecins et des patients**

La consultation conjointe est considérée comme étant banale par ses protagonistes. Elle est réalisée au minimum une fois par semaine par les médecins généralistes. Certains la pratiquent plus du double que les autres.

Le médecin A pose la question suivante : « *Existe-t-il des cabinets avec un seul siège face au bureau du médecin ?* ». Le fait qu'il n'y a jamais un seul siège en face du médecin justifie à lui seul la consultation conjointe.

Toutefois, il n'y a pas de réflexion spontanée sur la pratique de cette consultation conjointe de la part du corps médical. Dans ce sens, le médecin C a qualifié le sujet de notre thèse d'« original ».

Cette constatation s'explique peut être par le fait que cette consultation soit le reflet du choix du patient. Les médecins insistent sur les circonstances de cette consultation conjointe, ils ne choisissent pas de réaliser ou non cette consultation.

Selon les médecins, la consultation à deux répond avant tout à un souci pratique pour les patients, notamment en termes de transports. Pourtant, parmi les patients de l'échantillon, six ont leur permis de conduire. Par ailleurs, il semble envisageable de venir à deux au cabinet mais de consulter séparément.

Les médecins et les patients décrivent la consultation conjointe comme étant deux consultations individuelles à la suite. Il s'agit systématiquement de la prise en charge de maladies chroniques, par définition. Selon les patients, ce mode de consultation est apparu avec les problèmes de santé. Cependant cette considération semble se situer d'un point de vue purement somatique ou technique.

Cet aspect somatique ne semble pas poser de problème de façon consensuelle, car il semble être ritualisé ou protocolisé : le médecin a sa façon de faire, il semble procéder de façon systématique, quelque soit le patient et les conditions. Pour sa part, l'aspect psychologique, les plaintes et doléances, semble d'interprétation plus complexe. Parfois utile, parfois inutile, la consultation de couple intervient alors dans les différents aspects de la prise en charge.



Les médecins et les patients s'accordent pour affirmer que les autres motifs de consultation conjointe sont essentiellement de l'ordre du non médical. L'environnement du patient est inconsciemment mis en lumière au travers de ce mode de consultation. Le médecin généraliste a pour spécialité de prendre en charge le patient dans sa globalité (modèle holistique), c'est peut être une explication de cette acceptation tacite de consulter à trois.

Le médecin généraliste est le médecin de famille. En ce sens, les patients et les médecins se rencontrent dans l'environnement du patient : le cadre de la consultation conjointe en est un exemple. Par définition, le généraliste accepte cette situation de soins, demandée implicitement par le malade. Le médecin E a fait la remarque suivante : « *Chez les autres spécialistes, les gens n'oseraient pas consulter à deux* ». Cette réflexion évoquant plus largement la consultation accompagnée résume la situation d'offre et de demande de soins possible en médecine générale.

Les consultations conjointes sont effectuées à la demande du couple. Les couples qui consultent ensemble, s'entendent bien, semblent ne pas présenter de conflits ou de déséquilibre important en apparence. Ces couples n'ont pas de secret l'un pour l'autre, selon les patients eux-mêmes.

Même au sein de la vie conjugale, le fait de se sentir chacun le propriétaire de son propre corps joue un rôle important. Mon corps, c'est moi. Dans certains couples, l'un des partenaires laisse la gestion de son apparence sous la responsabilité de l'autre. Si cet arrangement est accepté par les deux membres du couple, il n'y aura aucune difficulté. [21]

Les consultants en couple sont perçus comme des couples harmonieux par les médecins, sinon ils ne consulteraient pas à deux. Mais peut être est-ce une association fautive et dangereuse faite par le médecin, qui va l'empêcher de percevoir certains problèmes réels par ignorance de déséquilibre au sein du couple. Effectivement, le couple en consultation peut être en quelque sorte en représentation. Il va donner une image, reflétée par le tiers, en l'occurrence le médecin, mais également recherchée par le couple (provoquée consciemment ou inconsciemment).

Comprendre la consultation conjointe nécessite avant tout de comprendre le fonctionnement d'un couple mais aussi l'importance et la place du couple dans le fonctionnement de chaque individu.

Cette consultation conjointe pose très rarement des problèmes pour la prise en charge médicales des patients, à en croire les médecins. Mais lorsqu'ils évoquent la prise en charge des patients dans la consultation conjointe, ils se trouvent sécurisés par la « protocolisation » de leurs attitudes. Leur examen est systématique. Nous restons donc un domaine somatique et technique.

Peu de médecins interrogés évoquent les autres aspects de la prise en charge. Ces aspects ne sont peut-être pas et ne peuvent pas eux être pris en compte à deux. Pourtant selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Et la consultation conjointe permet l'abord environnemental, social et familial de façon différente d'une consultation en colloque singulier.

Les principales difficultés abordées concernent l'annonce diagnostique d'une maladie grave ou d'une maladie liée à un problème intime. L'expérience du médecin A et du couple A1/A2 permet d'affirmer que s'il existe un déséquilibre au sein du couple, alors la prise en charge en consultation conjointe est un échec.

Selon les patients, une gêne peut être ressentie si ce mode de consultation n'est pas entièrement de leur choix.

Les avantages et les inconvénients de la consultation conjointe ont été abordés par les médecins sous un angle de la prise en charge médicale individuelle. Les patients quant à eux ont exprimé des avantages et inconvénients de la consultation sous un angle plus large que la consultation elle-même, sous l'angle de leur vie conjugale.

Est-ce que le vieillissement est associé à un rapprochement du couple ? D'ailleurs chez les personnes plus jeunes, le fait de consulter ensemble pourrait aussi être un phénomène rassurant par rapport à l'image incarnée par le médecin. *Que représente pour les patients (quelque soit leur âge) le fait de consulter son médecin?* La réponse pourrait être une piste de réponse au pourquoi de la consultation en couple.

Il ressort de l'analyse du vécu des patients que la seule situation pour laquelle le couple est mis en avant est l'annonce d'un diagnostic. C'est alors le couple qui est confronté à l'annonce et non pas le patient seul.

Soulignons que le conjoint est toutefois très présent dans le discours du patient et du médecin. C'est l'image du couple qui est discutée, présentée, son fonctionnement est mis en avant au travers des interviews. Nous remarquons notamment que c'est l'attitude du conjoint qui est décrite au cours des consultations conjointes et très peu celle du patient lui-même, presque oublié.

Les médecins ne soignent pas un couple, et les patients ne viennent pas parce que leur couple est malade. Ce n'est pas un suivi du couple.

Mais il n'en reste pas moins qu'il est important d'accorder de l'attention à la qualité de la rencontre des modèles d'attachement des deux partenaires, eu égard à ce qui a été défini comme le complexe d'attachement<sup>15</sup>, c'est-à-dire les stratégies réciproques de régulation des affects. [22]

En conclusion, la consultation conjointe est inscrite dans un environnement familial et une dynamique de couple, c'est cette situation non médicale qui oriente la consultation à deux. Les paramètres induisant une mode de consultation conjointe ne sont choisis ni par le patient, ni par le médecin, ce qui mène les personnes à qualifier la situation d' « évidente ».

La consultation conjointe représente deux routines qui se rencontrent à cause d'une logique non médicale, acceptée par le patient et le médecin.

## ii. L'opportunité de proposer une consultation séparée

Les difficultés rencontrées durant le déroulé de la consultation conjointe et les limites évoquées pourraient être des motifs pour certains médecins à proposer une consultation séparée. Pour autant, ils n'en ressentent pas le besoin.

Il y aurait plus de freins que de bénéfices à proposer une consultation séparée selon les médecins, d'autant qu'ils rappellent que la consultation conjointe est en définitive la somme de deux consultations séparées.

Nous pouvons ajouter tous les avantages cités à la consultation conjointe aux freins à proposer une consultation conjointe. Mais également nous pouvons ajouter tous les inconvénients cités à la consultation conjointe aux bénéfices de la consultation séparée.

Il ressort que le conjoint en consultation est une aide pour le médecin. Mais il peut aussi être une contrainte pour le patient qui ne souhaite pas tout divulguer.

Les médecins notent que les patients qui ont l'habitude de consulter à deux choisissent parfois de consulter séparément de manière spontanée, en fonction du motif de la consultation. Ceci n'est pourtant pas valable pour tous les patients consultant à deux.

---

<sup>15</sup> Fisher, Crandle, 1997

Les médecins ne sont pas à l'origine d'éventuelle demande de consultation séparée.

Toutefois, le temps de l'entretien a été suffisant pour sensibiliser les médecins à la problématique de la consultation séparée. Tous évoquent le fait qu'ils se posent la question à l'avenir, et proposeront peut être occasionnellement des consultations séparées.

Notons que pour les patients il existe une superposition du secret dit professionnel, et du secret au sein du couple ou tabou. Ceci semble être le principal frein pour les patients à la proposition d'une consultation séparée, et les médecins l'évoquent spontanément.

La définition de l'intimité, du tabou, est très subjective. L'espace secret même pour le couple, il semble consensuel pour les médecins que ce soit la sexualité comme principal et peut être unique thématique « tabou ».

Par ailleurs, il est admis que les consultations séparées ne résolvent pas entièrement le problème de la vérité, puisqu'il s'agit d'un espace de liberté de parole dont le patient est en droit de profiter ou pas. Que doit-on connaître de l'intimité d'un patient pour bien le soigner ? Quel est le niveau de connaissance d'un patient que son médecin doit avoir pour pouvoir bien le soigner ?

Nous observons des discordances au sein des couples : la femme A pense que la consultation séparée fait suite à la demande du médecin alors que le mari explique que c'est à son initiative, le mari B préfère consulter seul sans que sa femme le soupçonne, la femme C est persuadée que son mari ne dirait pas les mêmes choses sans sa présence en consultation.

A contrario, nous pouvons considérer l'autre comme le moteur d'une prise en charge médicale. Effectivement nous pensons que certains patients ou certaines patientes ne consulteraient pas si leur conjoint(e) ne les y incitait pas. Peut être que certaines consultations conjointes ont lieu uniquement parce que l'un des deux est le moteur, sinon il n'y en aurait qu'un qui consulterait. La conception de la place du médecin et de la prise en charge médicale par le patient sont telle que sans son conjoint, il ne « se soignerait pas »....

Soulignons la notion de confiance des patients envers leur médecin quant à leur prise en charge médicale. Il ressort de notre travail que les patients considèrent que c'est le rôle du médecin de juger s'il est préférable de faire occasionnellement des consultations séparées, que si c'est une décision médicale expliquée alors ils y seraient sensibles.

L'implication des patients dans la prise de décision peut influencer une quantité de résultats cliniques (tension artérielle, glycémie, etc.)<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Greenfield S. et al, 1988

De nombreux travaux démontrent également que l'implication des patients en consultation favorise l'adhérence aux prescriptions et traitements<sup>17</sup>. Les patients sont plus satisfaits de leur consultation lorsque leurs idées et préoccupations sont prises en considération<sup>18</sup> et ceci d'autant plus dans le cas précis de consultations concernant des problèmes psycho-sociaux<sup>19</sup>.

Cependant les différents types de personnalités ne vont pas demander la même prise en charge et la même responsabilisation pour obtenir le même résultat thérapeutique. Des patients auront besoin de comprendre et de totalement s'approprier leur pathologie et leur traitement, d'autres auront besoin de certitudes externes, de règles à appliquer et respecter, etc...

Thompson signale d'ailleurs que tous les patients ne sont pas prêts à s'investir dans ce type de relation. Le degré d'étendue d'une telle participation dépendra notamment de caractéristiques personnelles, du type de relation entretenue avec les professionnels, du degré de sévérité de la pathologie et du contexte dans lequel celle-ci s'inscrit. En effet, si à l'heure actuelle beaucoup de praticiens semblent parfaitement conscients des enjeux d'une bonne communication et/ou participation dans le cadre singulier d'une consultation de médecine (générale) auprès d'un public de personnes âgées, peu de médecins sont réellement formés aux « méthodes » favorisant cette participation. Ces dernières exigent apprentissage, temps et parfois remise en question de ses pratiques : partage de pouvoir et de responsabilité, reconnaissance des besoins du patient, prise en compte de ses composantes cognitives, affectives, socio-culturelles, etc. [23]

L'étude portant sur « la relation à trois dans une consultation avec un patient âgé » [24] nous éclaire sur la position des médecins face au tiers en consultation :

*« Pour quelques-uns, il peut aussi s'agir d'une difficulté à exclure le tiers de cette relation de manière active... pour rendre compte de la difficulté à trouver un équilibre entre une relation de clientèle et une relation de soin lorsque, par ailleurs, rien de vital ne semble engagé. Cela peut également renvoyer à la dynamique psychique propre du médecin (peur de déplaire, besoin de répondre au désir de l'autre, collusion avec sa propre histoire oedipienne, etc).*

*Ce processus évite probablement au médecin de penser la violence faite à la personne âgée quand elle est niée dans son histoire, son identité, son statut d'adulte au profit de sa maladie d'un côté et d'un tiers à l'image bien plus rassurante de l'autre. Ce processus révèle les mécanismes de défense ou de dégageant, une présence d'un tiers est par exemple un moyen efficace d'éviter une intimité dérangeante.*

---

<sup>17</sup> Marinker M., 1997

<sup>18</sup> Little P. et al. 2001

<sup>19</sup> Winefield H. et al. 1995 ; Launer J., 1999

*Lorsque le tiers est présent, c'est souvent lui qui répond à la place du patient. Cela peut générer une image faussée du patient, empêcher de détecter un trouble cognitif débutant ou une souffrance psychologique.*

*La relation médecin malade repose sur des accords tacites<sup>20</sup>. D'un côté le médecin assume les obligations de soin pour son patient et met en œuvre toutes ses compétences pour aider son patient. De l'autre, le patient est censé ne pas vouloir être malade, être désireux d'être en bonne santé et avoir la volonté de suivre les recommandations médicales. Ce qui distingue une relation médecin malade d'une relation de clientèle non médicale, c'est la dimension du soin : le médecin est censé partager avec le patient certaines de ses préoccupations et avoir une authentique attention à son bien être.*

*Vu sous cet angle, une hypothèse serait que la présence d'un tiers ne serait perçue comme gênante que lorsque le médecin percevrait le tiers comme pouvant aller à l'encontre du soin. Tant que le tiers ne va pas à l'encontre, il ne serait pas jugé gênant, même si sa présence place le patient dans une position périphérique et non plus centrale et que les non-dits s'accumulent. Ainsi, les médecins interrogés pourraient d'un côté reconnaître que la communication est perturbée, sans pour autant penser que la relation est perturbée. De plus, le médecin attend du patient qu'il soit désireux, volontaire, donc qu'il exprime ce qui ne va pas. Tant pis pour les patients qui ne le disent pas, cela ne fait pas partie du contrat implicite. Ce que le médecin oublie alors, c'est qu'il est garant du cadre et que s'exprimer en présence d'un tiers n'est pas toujours possible.*

*Mais nous avons vu que la mise en œuvre de ce dispositif n'est pas évidente. S'il est essentiel de pouvoir passer du temps seul à seul avec son patient, il est en même temps délicat, voire inconfortable d'exclure un tiers de la consultation. Cette difficulté nous incite à penser que réfléchir à des procédures standard de consultation et y former les médecins pourrait les aider dans cette voie. Par exemple, lors d'une première consultation penser à évaluer les raisons de la présence de ce tiers et annoncer et expliquer comment se dérouleront les consultations futures. Cela dégagerait le médecin, les fois suivantes, d'avoir à justifier son choix, ou de risquer une rupture clientèle. Un cadre est posé, expliqué et donc accepté. »*

En conclusion, la proposition d'une consultation séparée aux patients qui consultent habituellement en consultation conjointe est donc à envisager. Elle peut se mettre en œuvre par le médecin de sorte que cette possibilité soit également un choix du patient.

---

<sup>20</sup> Jahnigen DW, Schrier RW. The doctor/patient relationship in geriatric care. Clin Geriatr Med 1986 ;2(3) :457-64

Les médecins n'ont jamais proposé une consultation séparée dans le cadre de consultation conjointe. N'ayant pas eu de problème particulier en lien avec cette pratique, ils n'avaient pas réfléchi à la problématique. L'entretien lui-même a suffi à mettre en lumière certains éléments en faveur d'une consultation séparée occasionnelle. Il suffirait d'expliquer la démarche aux patients pour que celle-ci soit acceptée.

**La consultation conjointe en médecine générale est perçue par les médecins et les patients comme étant une habitude des patients. Les déterminants sont essentiellement d'ordre « non médical ». L'environnement du patient est pris en compte comme il se doit en médecine générale. Toutefois, la problématique de la prise en charge individuelle est soulevée. Il ne s'agit pas de supprimer la réalisation des consultations conjointes. Notre travail permet au moins d'amorcer une réflexion sur l'amélioration de la consultation conjointe, voire sur la nécessité de proposer occasionnellement une consultation séparée. Il soulève également des aspects importants des représentations et de la relation médecin-malade, de la santé et de la prise en charge globale.**

#### **d. Perspectives de recherches autour des consultations conjointes**

---

Une étude quantitative sur la réalisation de la consultation conjointe compléterait notre travail et les statistiques précédemment citées.

De même, une étude d'observation pendant la réalisation de cette consultation conjointe pourrait permettre d'enrichir notre travail basé sur le ressenti de ses protagonistes.

Par ailleurs, il pourrait être intéressant d'approfondir l'étude sur la consultation conjointe en recueillant d'autres points de vue, par exemple celui :

- Des couples qui précédemment consultaient ensemble et aujourd'hui consultent séparément, des couples qui consultent depuis toujours séparément, et des couples qui consultent séparément avec un médecin traitant différent. Leurs différents points de vue sur la consultation conjointe et sur leur considération de l'importance à consulter seul en parallèle d'une analyse de leur fonctionnement de couple aurait été d'une grande richesse.
- Des autres spécialistes, notamment hospitaliers,
- Des médecins qui ne pratiquent pas de consultation conjointe,
- Des généralistes ayant un exercice particulier et leurs patients.

Une aide et une amélioration à la pratique pourrait être d'identifier et de créer des outils permettant d'identifier les couples ayant un fonctionnement à risque, les couples « toxiques » au cours des consultations conjointes.

Notre étude aborde la problématique de la consultation conjointe d'un point de vue du ressenti des ses protagonistes. Il pourrait être intéressant de la compléter pour obtenir des statistiques sur sa réalisation, mais aussi de la confronter à d'autres points de vue, notamment de personnes ne pratiquant pas ce mode de consultation.

## **e. Implications pratiques de notre thèse**

---

### **i. Développer la formation médicale pour la prise en charge des patients en consultations conjointes**

En pratique, la notion de consultation conjointe met en évidence une situation de prise en charge médicale différente de celle étudiée en colloque singulier.

La consultation conjointe est un cas particulier des consultations en présence d'un tiers. Les études relatives à la présence d'un accompagnant durant la consultation s'accordent pour suggérer une amélioration de la formation médicale sur cette pratique :



- « les médecins sont un sur deux à considérer que la formation médicale continue devrait intégrer la notion de relation avec les proches », [3]
- « si à l'heure actuelle beaucoup de praticiens semblent parfaitement conscients des enjeux d'une bonne communication et/ou participation dans le cadre singulier d'une consultation de médecine (générale) auprès d'un public de personnes âgées, peu de médecins sont réellement formés aux « méthodes » favorisant cette participation qui exigent apprentissage, temps et parfois remise en question de ses pratiques », [23]
- « S'il est essentiel de pouvoir passer du temps seul à seul avec son patient, il est en même temps délicat, voire inconfortable d'exclure un tiers de la consultation. Cette difficulté nous incite à penser que réfléchir à des procédures standard de consultation et y former les médecins pourrait les aider dans cette voie. Par exemple, lors d'une première consultation penser à évaluer les raisons de la présence de ce tiers et annoncer et expliquer comment se dérouleront les consultations futures. » [24]

Notre étude conclut dans ce sens également, en observant que les médecins n'avaient eu auparavant aucune réflexion sur la pratique de la consultation conjointe.

Nous proposons donc de sensibiliser les médecins à l'amélioration de la prise en charge médicale individuelle lors des consultations conjointes. Sans révolutionner l'exercice du généraliste, il s'agit de prendre conscience de ce mode de consultation afin d'éviter « la routine ».

Les aspects somatiques et psychologiques de la consultation ne sont pas abordés en formation médicale initiale, peu en formation médicale continue, pourtant ils sont fondamentaux au quotidien dans la prise en charge médicale. La consultation ne se limite pas à l'interrogatoire fermé et à un examen clinique bien conduit. Bien comprendre le patient et ses représentations permet de communiquer tout simplement, en partageant un langage commun qui ne peut avoir lieu qu'en connaissance des différentes représentations (couple, médecin, santé, individu...).

Pourquoi ne pas intégrer le thème de la consultation conjointe, tout du moins celui de la consultation en présence d'un tiers, à la formation médicale initiale ou au développement professionnel continu ?

Nous proposons d'intégrer le thème de la consultation conjointe, tout du moins celui de la consultation en présence d'un tiers, à la formation médicale initiale ou au développement professionnel continu. Le but serait de sensibiliser les médecins à la pratique de la consultation conjointe pour mettre une consultation de qualité, tout en répondant aux exigences de l'utilisateur.

## ii. Promouvoir la personne de confiance en médecine ambulatoire

Selon un sondage réalisé en 2007 auprès de 48 médecins généralistes : [25]

- quatre médecins avaient entendu parler de la personne de confiance,
- deux patients avaient informé leur médecin de la désignation de leur personne de confiance,
- quarante-cinq médecins n'abordent pas le sujet.

Or la consultation conjointe trouve une justification réglementaire si le conjoint est désigné comme étant la personne de confiance du patient. Alors la question déontologique soulevée par la consultation conjointe est en partie résolue.

Nous proposons donc de promouvoir la personne de confiance auprès des usagers et des médecins libéraux, que ce soit avec les malades dans le cadre des consultations conjointes qu'avec chacune des personnes de leur patientèle.

La consultation conjointe trouve une justification réglementaire si le conjoint est désigné comme étant la personne de confiance du patient. Il s'agit donc d'en faire la promotion en médecine ambulatoire. Cette campagne d'informations, tout d'abord destinée à la consultation conjointe, toucherait plus largement tous les usagers et leur médecin généraliste.

Nous proposons d'intégrer le thème de la consultation conjointe, tout du moins celui de la consultation en présence d'un tiers, à la formation médicale initiale ou au développement professionnel continu.

Nous proposons également de faire la promotion de la personne de confiance en médecine ambulatoire, auprès des médecins généralistes et de leurs patients.

## VI. Conclusion

---

Notre thèse est une première étude qualitative sur la consultation conjointe en médecine générale.

Il ressort que cette consultation est inscrite dans un environnement familial et une dynamique de couple, c'est cette situation non médicale qui oriente la consultation à deux. Les paramètres induisant un mode de consultation conjointe ne sont choisis ni par le patient, ni par le médecin, ce qui mène les personnes à qualifier la situation d' « évidente ». La consultation conjointe représente deux routines se rencontrant à cause d'une logique non médicale, acceptée par le patient et le médecin.

En outre, notre étude conclut à la possibilité de proposer une consultation séparée aux patients qui consultent habituellement ensemble. Cette consultation séparée peut se mettre en œuvre à l'initiative du médecin mais doit rester un choix du patient. Informé de l'intérêt de celle-ci, le patient pourra occasionnellement bénéficier d'une consultation séparée, dans l'objectif d'une prise en charge individuelle améliorée.

Il conviendra dans l'avenir d'affiner les résultats de cette première étude qualitative. Néanmoins, nous pouvons déjà sensibiliser les praticiens à cette consultation spécifique, pour l'instant absente dans les thématiques de formation médicale.

## VII. Bibliographie

---

- [1] Code de déontologie. Article 4 « le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi » (correspond à l'article R.4127-4 du code de la Santé Publique).
- [2] Collège Nationale des Généralistes Enseignants. Référentiel métier et compétences du médecin généraliste. Situation 13. 2009.
- [3] B.Fantino, JP.Wainsten, M.Bungener, H.Joublin, C.Brun-Strang. Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient. Santé publique, volume 19, n° 3, pp. 241-252. 2007.
- [4] M.Budowski, B.Gay. Comment former les futurs généralistes ? De la difficulté pour les généralistes de nombreux pays à enseigner dans les écoles ou les facultés de médecine. La Revue Exercer. n°75 -142. nov/déc 2005.
- [5] G. Le Gall, F. Le Gall. La loi du 4 mars 2002 et ses implications dans la pratique médicale. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 25 ; 472-478. 2006.
- [6] Conseil national de l'Ordre des médecins. Editorial du Bulletin de l'Ordres des Médecins n°2. Fév 2001.
- [7] F. Baumann. Introduire la réflexion éthique dans la pratique quotidienne du médecin : simple bonne intention ou parcours indispensable. Ethique et Santé ; 4 : 30-32. 2007.
- [8] D. Sussman Nadjar. Le médecin généraliste face au secret médical à travers quelques exemples médiatisés. Thèse médecine. Paris 5. 2007.
- [9] M. Levy-Soussan. Information et dialogue avec le malade et sa famille (y compris les textes législatifs). Gastroenterol Clin Biol ; 28 : D39-D44. 2004.
- [10] G. Moutel, C. Manaouil. La personne de confiance : une nouvelle prise en compte de la dimension sociale de la relation médecin-patient? Le Courrier de l'éthique médicale (4), n° 2, 2e semestre 2004.
- [11] I. JAMMET. Etudes sur une typologie des consultations en médecine générale, Résultat d'une étude descriptive prospective sur 3142 consultations. Thèse médecine. Poitiers. 2004.
- [12] DRESS. Etudes et résultats, Les consultations et visites des médecins généralistes, Un essai de typologie. N° 315. Juin 2004.
- [13] I. NOUET-MARTINET. Médecin généraliste et suivi de couple (vécu de médecins, position relationnelle, enjeux, représentations, références thérapeutiques, spécificité). Thèse médecine. Angers. 2007.

- [14] G. Borgès Da Silva. La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. Rev Med Ass Maladie 2001;32,2:117-21.
- [15] C. Pope, N. Mays. Qualitative research: reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. BMJ; 311:42-5. 1995.
- [16] A. Blanchet, A. Gotman. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris: Nathan Université, p. 125, Collection 128 Sociologie, ISBN 2091906522. 1992.
- [17] E. Pasquier. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé pour les travaux de recherche en médecine générale, Préparation de la recherche qualitative des facteurs de résistance à l'appropriation des recommandations par les médecins généralistes, 2 exemples. Mémoire médecine. Lyon Nord. 2004.
- [18] S. Juan. Méthodes de recherche en sciences sociohumaines. Exploration critique des techniques. Paris : PUF : 304. 1999.
- [19] J-C Combessie. La méthode en sociologie. Paris : Découverte: 123. 2001.
- [20] J. Mousques, T. Renaud, O. Scemama. Variabilité des pratiques médicales en Médecine Générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë. CREDES : Question d'économie de la sante ; 70 : 6p. 2003
- [21] A. Vansteenwegen. Conflits de couples : le modèle de la territorialité humaine. Sexologies 17, 49-65. 2008.
- [22] Fisher, J.V., Crandell. Complex Attachment: Patterns of Relating in the Couple. Sexual and Marital Therapy, vol. 12, 211-224. 1997.
- [23] G. Hubert D. Doumont. Comment améliorer la participation des personnes âgées en consultation de médecine générale. Unité d'Education pour la Santé Ecole de santé Publique – Centre « Recherche en systèmes de santé ». Réf. : 09- 55. 2009.
- [24] S. Rosea, B. Zientarab,c, J. Lurceld. La relation à trois dans une consultation avec un patient âgé. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie 8, 35—44. 2008.
- [25] Quetil. La personne de confiance en médecine de ville, La personne de confiance, quelle pratique, quelles perspectives ? Colloque en Droit médical du 27 octobre. Corbeil- Essonnes. 2007

## VIII. Annexes

---

### a. Synopsis

---

#### Justification :

Dans le cadre d'un mémoire de DES de Médecine Générale<sup>21</sup> réalisé en 2008, des consultations filmées ont été le support de la réflexion d'un groupe d'échange de pratiques. Au cours de cette séance particulière, la situation des couples qui consultent au cabinet de médecine générale (situation d'exercice quotidienne pour les généralistes) a suscité de nombreux questionnements, dont celui de la « bonne » prise en charge de chacun des consultants.

Le Référentiel métier et compétences en Médecine Générale paru en 2009 sous l'égide du Collège National des Généralistes Enseignants reconnaît la réalisation d'une consultation conjointe comme une compétence spécifique du généraliste et précise que ce dernier doit être capable de « si besoin proposer des consultations médicales séparées ».

Ainsi devant l'inadéquation entre cette aptitude clairement définie et cette interrogation dans la pratique quotidienne, la question de savoir quand proposer une consultation individuelle se pose dans un objectif d'amélioration de la qualité de soins.

#### Objectifs:

Recueillir dans cette situation spécifique le ressenti de chacun des deux patients et du médecin généraliste quant à la prise en charge médicale individuelle.

Analyser les éléments de réponse pour en extraire les facteurs déterminants la proposition d'une consultation séparée lorsque des couples consultent régulièrement ensemble.

Schéma général, plan expérimental : *validé par Mme KIVITS, sociologue en Santé Publique*

Travail axé sur une étude qualitative pour l'« étude d'un comportement ».

---

<sup>21</sup> Mémoire intitulé « Introduction de la vidéo en groupe d'échange de pratiques » réalisé par Dr C.BERBÉ

1. Rédaction des guides d'entretien<sup>22</sup> : un pour les médecins et un pour les patients, « en miroir »
  - a. Présentation de l'enquête
  - b. Thèmes à aborder, et ses questions
    - i. Les circonstances de cette consultation particulière
    - ii. Le déroulement de la consultation conjointe
    - iii. Le suivi du couple: quels avantages et inconvénients de la consultation conjointe ?
    - iv. Une proposition : la consultation séparée
  - c. Stratégie d'intervention, relance si certains mots clés énoncés
2. Réalisation d'entretiens enregistrés des patients et du médecin généraliste
3. Retranscription et analyse des données recueillies

Caractéristiques principales de la population de l'étude<sup>23</sup> et mode de recrutement envisagé :

- Recrutement des généralistes lorrains acceptant la participation à l'étude par leur zone d'exercice (rurale, urbaine ou semi-urbaine), leur mode d'exercice (en groupe ou seul), et leur âge. L'objectif est d'avoir un couple choisi pour un médecin.
- Conjointes consultant en couple, les deux sont des patients et consultent au cours de la même consultation, dont la fréquence est de minimum trois fois par an, pas de critère d'âge requis.

Effectifs envisagés : Minimum cinq généralistes et cinq couples donc quinze entretiens individuels.

Critère d'évaluation principal : Critère qualitatif, le ressenti des trois protagonistes de la consultation en couple chez le généraliste (les deux conjoints et le médecin).

Résultats et ou bénéfices éventuels attendus :

On constatera probablement un équilibre établi en consultation de couple entre les partenaires grâce à un certain bénéfice acquis (sécurité de la consultation ; gestion des médicaments, des documents administratifs, des examens complémentaires...). Cependant une éventuelle frustration médicale pourrait être démasquée. C'est la raison pour laquelle dans certaines situations un compromis d'amélioration de la prise en charge de chaque patient doit être envisagé. Quels sont ces situations selon le médecin et les patients ?

---

<sup>22</sup> Disponible en annexe.

<sup>23</sup> Données descriptives des personnes recrutées seront précisées dans un tableau joint à l'étude.

## **b. Guide d'entretien initial destiné aux médecins**

---

Présentation de l'enquête :

« Bonjour, je suis Charlotte PERRENOT, je suis interne de Médecine Générale en fin de cursus. Je réalise actuellement ma thèse sur la consultation conjointe en médecine générale. Je souhaite vous rencontrer ainsi qu'un couple de votre choix, les deux étant vos patients qui consultent habituellement tous les deux pendant la même consultation. L'objectif est de réaliser trois entretiens d'une vingtaine de minutes, enregistrés puis anonymés, un entretien de vous et un de chacun des conjoints. Acceptez-vous ? Si oui, nous nous recontactons après que vous ayez choisi un couple de manière à s'organiser. »

Thèmes à aborder, et leurs questions :

- Les circonstances de cette consultation particulière
  - o Depuis quand ils consultent ensemble ?
  - o Quels sont les motifs de la consultation ?
  - o Est-ce votre choix ?
  - o Pourquoi pensez-vous qu'ils consultent à deux ?
  - o Qu'en est-il du secret médical ?
  
- Le déroulement de la consultation conjointe
  - o Toujours le même qui commence ?
  - o Ressenti du temps de parole entre les conjoints ?
  - o Ressenti du temps d'examen consacré entre les conjoints ?
  - o Quelle attitude avec chacun des 2 patients ? une différence ?
  - o Quel degré de satisfaction à la sortie d'une consultation ?
  - o Différence de durée par rapport à 2 consultations séparées ?
  
- Le suivi du couple
  - o Le conjoint consultant est une aide ou une gêne ou neutre ?
  - o Quel degré de satisfaction après plusieurs années avec ce fonctionnement ? si non pourquoi continuer ?
  - o Quels avantages de la consultation conjointe ?, déplacement, interrogatoire,
  - o Quels inconvénients de la consultation conjointe ? examen clinique, confidentialité, routine
  
- Une proposition : la consultation séparée
  - o A quand remonte la dernière consultation séparée ?
  - o Le patient vous a-t-il déjà demandé une consultation séparée? si oui, dans quelles situations ?



- Souhaitez-vous que le patient vous le demande ?
- Avez-vous déjà ressenti le besoin de proposer une consultation séparée ? et pourquoi ?
- L'avez-vous déjà proposée ? et pourquoi ?
- Quels freins en pratique ? acceptabilité ?
- Quels bénéfices ? au niveau médical ?

Stratégie d'intervention, relance si certains mots clés énoncés :

- Frustration
- Amélioration
- Besoin
- Relation médecin-malade
- Routine
- Proposition

### **c. Guide d'entretien initial destiné aux patients**

---

Présentation de l'enquête :

« Bonjour, je suis Charlotte PERRENOT, je suis interne de Médecine Générale en fin de cursus. Je réalise actuellement ma thèse sur la consultation conjointe en médecine générale. Votre médecin traitant participe à mes travaux de thèse, il devait donc choisir un couple qui consulte habituellement tous les deux pendant la même consultation. C'est vous qui avez été choisis. Je vous remercie d'avoir accepté un entretien qui durera environ vingt minutes, et sera enregistré puis anonymé. »

Thèmes à aborder, et leurs questions :

- Les circonstances de cette consultation particulière
  - Depuis quand consultez vous ensemble ?
  - Quels sont les motifs de la consultation ?
  - Est-ce votre choix ?
  - Pourquoi consulter à deux ?
  - Qu'en est-il du secret médical ?
- Le déroulement de la consultation conjointe
  - Toujours le même qui commence ?
  - Ressenti du temps de parole par rapport au conjoint ?
  - Ressenti du temps d'examen consacré par rapport au conjoint ?
  - Quelle attitude avec le médecin ? une différence avec votre conjoint ?
  - Quel degré de satisfaction à la sortie d'une consultation ?
  - Différence de durée par rapport à 2 consultations séparées ?

- Le suivi du couple
  - o Le conjoint consultant est une aide ou une gêne ou neutre ?
  - o Quel degré de satisfaction après plusieurs années avec ce fonctionnement ? si non pourquoi continuer ?
  - o Quels avantages de la consultation conjointe ?, déplacement, interrogatoire,
  - o Quels inconvénients de la consultation conjointe ? examen clinique, confidentialité, routine
  
- Une proposition : la consultation séparée
  - o A quand remonte la dernière consultation séparée ?
  - o Vous a-t-on déjà proposée une consultation séparée? si oui, quelle fut votre réaction ?
  - o Souhaitez-vous que le médecin vous le propose ?
  - o Avez-vous déjà ressenti le besoin de consulter séparément ? et dans quelles situations ?
  - o L'avez-vous déjà demandée ? et pourquoi ?
  - o Quels freins en pratique ? acceptabilité ?
  - o Quels bénéfices ? au niveau médical ?

Stratégie d'intervention, relance si certains mots clés énoncés :

- Frustration
- Amélioration
- Besoin
- Nécessité
- Relation médecin-malade
- Routine
- Proposition

**d. Justificatif d'entretien avec les présidents des sections  
« Ethique et Déontologie » et « Formation médicale et  
Qualification » du Conseil National de l'Ordre des  
Médecins**

---



ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS  
Conseil National de l'Ordre

le 26 août 2010

Mlle Charlotte PERRINOT s'est présentée à un entretien au Conseil national de l'Ordre des médecins pour évoquer les problèmes concernant sa thèse de médecine pour l'obtention du doctorat en médecine.

Pr NICODEME  
Président de la Section  
Formation Médicale et Qualification

Dr CRESSARD  
Président de la Section  
Ethique et Déontologie

VU

NANCY, le **18/01/2011**

Le Président de Thèse

**Professeur F. PAILLE**

NANCY, le **19/01/2011**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

**Professeur H. COUDANE**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/3525

NANCY, le **21/01/2011**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Par délégation

**Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON**

---

---

## RESUMÉ DE LA THESE

La consultation conjointe en médecine générale est une situation spécifique durant laquelle deux patients en couple consultent leur même médecin traitant au même moment. Cette pratique, cas particulier d'une consultation en présence d'un tiers, soulève des interrogations éthiques quant au strict respect du secret médical, et à l'introduction récente de la personne de confiance. L'objectif principal est de décrire cette pratique en croisant les points de vue des patients et du médecin. Par ailleurs, la question de proposer ponctuellement une consultation séparée se pose.

Notre travail est une étude qualitative du ressenti des patients ayant l'habitude de consulter conjointement et celui de leur médecin généraliste, tant son déroulement que ses avantages et inconvénients. Réalisé en 2010, il est basé sur l'analyse d'entretiens semi-dirigés individuels de cinq généralistes lorrains et de cinq couples de patients.

Il ressort que cette consultation est inscrite dans un environnement familial et une dynamique de couple, c'est cette situation non médicale qui oriente la consultation à deux. La prise en charge médicale individuelle peut en être altérée. Il semble donc opportun de proposer occasionnellement une consultation séparée à ces patients après leur en avoir expliqué l'intérêt.

Ce travail a permis de susciter la réflexion des généralistes sur leur pratique de la consultation conjointe. Il conviendra de réaliser des études complémentaires pour valider l'intérêt de recommandations des pratiques professionnelles sur le sujet.

---

### TITRE EN ANGLAIS

**Conjoint consultation in family practice:  
Qualitative study of patients and general practitioners feelings**

---

### THÈSE: MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2011

---

**MOTS CLEFS: Médecine générale ; Consultation ; Couple ; Déontologie**

---

### INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY 1  
**Faculté de Médecine de Nancy**  
9, avenue de la Forêt de Haye  
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex