

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2019

N° 94

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Mention D.E.S. Médecine Générale

PAR

Flora DOUARD

Née le 20 septembre 1988 à STRASBOURG

LA PRISE EN CHARGE DE SES PROCHES QUAND ON EST MEDECIN GENERALISTE.
ENQUETE QUANTITATIVE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES FRANÇAIS.

Président de thèse : Monsieur le Professeur Gilles BERTSCHY
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Claude BRONNER

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	21
DEFINITIONS	23
A. Le médecin généraliste	23
B. Le médecin traitant	26
C. Le proche	27
D. La demande de soin	28
E. La rencontre clinique.....	29
CONTEXTE LEGAL	30
A. Les textes anciens	30
B. Les textes français	31
1. Le code de déontologie	31
2. L'ordre des médecins.....	33
3. Le code de la sécurité sociale.....	35
4. Le code civil et le code pénal	35
C. Les textes étrangers	37
MATERIEL ET METHODE	42
A. Présentation de l'étude.....	42
B. Elaboration et présentation du questionnaire	42
RESULTATS	46

A.	Nombre de répondants	46
B.	Analyse univariée	48
1.	Caractéristiques de la population échantillonnée.....	48
2.	Connaissances des règlementations et des recommandations	54
3.	La prise en charge des proches en général	56
4.	La prise en charge des proches en pratique	62
5.	Ressenti et opinion	70
C.	Analyse croisée simple	78
1.	Demande de soin de la part d'un proche	79
2.	Attitude générale face à cette demande de soin	80
3.	Refus de prise en charge.....	81
4.	Attitude générale lors de la prise en charge	81
5.	Respect des étapes d'une consultation	82
6.	Pratique de tout type d'examen clinique	82
7.	Implication affective	82
8.	Maintien de l'objectivité.....	83
9.	Difficultés à respecter le secret professionnel.....	83
10.	Sentiment d'être forcé de prendre en charge un proche	83
11.	Situations de conflit	84
12.	Satisfaction quant à la prise en charge d'un proche	84

D.	Analyse des commentaires.....	89
1.	Refus de prise en charge.....	89
2.	Situation de conflit au sein de la famille.....	94
3.	La satisfaction des médecins.....	97
4.	Les conseils pour faire face à cette pratique	102
	DISCUSSION	107
A.	Forces et faiblesses de l'enquête.....	107
1.	L'échantillon.....	107
2.	Le questionnaire.....	108
3.	Comparaison à la population générale de médecins généralistes.....	109
B.	Principaux éléments de l'enquête	113
1.	La notion de légalité	113
2.	La demande de soins et la réponse des médecins	114
3.	La prise en charge des proches en pratique	116
4.	Le ressenti des médecins généralistes.....	119
5.	Principaux facteurs influençant le comportement des médecins.....	122
C.	Comparaison aux données de la littérature	129
D.	Perspectives.....	133
	CONCLUSION	135
	ABREVIATIONS	138
	BIBLIOGRAPHIE	139

ANNEXES	145
A. Annexe 1 : Questionnaire	145
B. Annexe 2 : Année de début de pratique et nombre d'années d'installation	153
C. Annexe 3 : Origine géographique	154
D. Annexe 4 : Orientation et diplômes complémentaires	155
E. Annexe 5 : Contenu des textes officiels	156
F. Annexe 6 : Répartition des réponses selon les propositions concernant l'attitude générale face à la demande de soin	157
G. Annexe 7 : résultats statistiques de l'analyse croisée simple.....	158
LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX	168

INTRODUCTION

« Tu pourras « juste » me faire une ordonnance ? » ou « puisque tu es là, je veux te montrer quelque chose » ou encore « j'ai eu un drôle de truc l'autre jour, je te raconte, ça m'évite de consulter »

Quel médecin généraliste peut se vanter de ne pas avoir entendu ces phrases des centaines de fois ? Et quel jeune médecin en formation n'y a pas été confronté alors qu'il n'a pas encore terminé ses études ?

La prise en charge de ses proches quand on est médecin généraliste est un sujet très peu abordé au cours des études longues et fournies de médecine (1). Pourtant cette demande des proches est récurrente (2–5). Alors comment s'y préparer, quelle position tenir par rapport aux demandes, sur quoi se baser dans sa réflexion ? Autant de questions que le praticien ou futur praticien sera amené à se poser.

Dans la littérature, aucune position tranchée n'apparaît clairement. Seules des incitations à limiter cette pratique sont proposées. En France, plusieurs travaux de thèse, notamment des études qualitatives ont exploré les motivations des médecins à soigner ou non leurs proches, ainsi que les difficultés éventuelles engendrées par cette pratique (6–13). En France, d'ailleurs rien n'interdit à un médecin d'être le médecin traitant de ses proches (14).

Dans ses conditions, chaque médecin semble réagir selon sa personnalité, celui de la personne qu'il a en face de lui, le lien qui les unit, la notion qu'il se fait du soin et du rapport à l'autre ainsi qu'au patient

(15,16). Cela va de la sensation d'être pris en otage (17) par la demande à la volonté active de participer au soin (18).

Pour cerner plus précisément, d'une part la position des praticiens et leurs habitudes actuelles en ce qui concerne la question de la prise en charge de leurs proches, et d'autre part pour alimenter mes propres réflexions en la matière, j'ai choisi de sonder un échantillon de médecins généralistes. Par le biais d'un questionnaire, je leur ai posé un certain nombre de questions pour connaître leurs pratiques courantes dans ce domaine. Il s'agit donc dans cette thèse de réaliser une étude quantitative.

Ce travail s'articule autour de plusieurs chapitres. D'abord une série de définitions sont données et commentées par rapport à notre problématique afin de bien cadrer le sujet. Ensuite le contexte légal dans lequel s'inscrivent ces pratiques est parcouru. Enfin, la méthodologie mise en place est explicitée et les résultats obtenus exploités et discutés. Pour terminer une conclusion rapporte les éléments principaux issus de ce travail.

DEFINITIONS

Un ensemble de définitions est donné pour bien délimiter l'usage des termes employés. Ces définitions sont accompagnées de commentaires qui nous permettent de donner un premier cadre et d'en définir les limites dans le cas de la prise en charge d'un proche, patient qui représente un cas particulier par sa proximité familiale ou amicale avec le médecin.

A. Le médecin généraliste

D'après le dernier rapport de la WONCA Europe (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), datant de 2002, la discipline de la médecine générale-médecine de famille est caractérisée par différents items (19) :

- *« Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée. »*
- *« Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient. »*
- *« Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires. »*

- *« Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée. »*
- *« Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient. »*
- *« Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires. »*
- *« Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient. »*
- *« Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide. »*
- *« Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace. »*
- *« Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté. »*
- *« Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. »*

Cette définition place le médecin généraliste au centre de la prise en charge des patients par son rôle de coordinateur des soins et d'approche globale centrée sur la personne.

Tous ces rôles devraient être remplis par chaque médecin et avec chaque patient, or quand on parle de la santé de ses proches, certains points peuvent être difficiles à respecter :

- Le premier point stipule que la médecine générale prend en compte tous les problèmes de santé indépendamment des caractéristiques du patient. La revue de la littérature montre que les liens affectifs entretenus avec un proche ont une tendance certaine à modifier notre comportement (6) et qu'il peut exister une limitation émanant soit du médecin soit du proche sur certains aspects de la santé (intime, psychologique ...) (9,20–27).
- Le deuxième point évoque l'utilisation efficiente des ressources du système de santé. Là encore, il peut y avoir une tendance à sous-traiter ou à sur-traiter les proches quand on les prend en charge (7,17,25). Il y a donc un risque de perdre en efficacité.
- Le quatrième point évoque le mode de consultation. La littérature nous montre que le cadre classique de la consultation est rarement respecté quand il s'agit de la prise en charge de nos proches (23,28,29).
- Enfin, le point suivant précise la responsabilité d'assurer des soins continus et durables. Cette continuité dans le temps peut ne pas être respectée lorsque l'on traite ponctuellement un de nos proches (30).

B. Le médecin traitant

Le dispositif du médecin traitant est instauré en 2004 par la loi relative à l'assurance maladie, faisant suite au précédent dispositif de médecin référent.

Il s'agit d'un médecin, généraliste ou spécialiste, coordinateur des soins, librement choisi par le patient pour assurer son suivi (14).

Le patient et son médecin traitant sont liés par un contrat qui stipule les obligations de chacune des deux parties :

- **Pour le médecin** : Il assure les soins de premiers recours habituels et de prévention dont a besoin le patient. Il tient à jour le dossier médical, coordonne le parcours de soin (pour une bonne utilisation du système de soin par les patients) et centralise les avis des autres soignants.
- **Pour le patient** : celui-ci s'engage à consulter en priorité son médecin traitant dans le cadre du parcours de soin coordonné indispensable pour bénéficier d'un remboursement optimal.

Ce contrat passé entre les deux parties est révocable à tout moment par chacune d'entre elles.

Depuis 2017, même les enfants peuvent avoir un médecin traitant sans que cela constitue une condition de remboursement des soins. En revanche, au-delà de 16 ans, la déclaration d'un médecin traitant est nécessaire pour bénéficier d'une prise en charge optimale de ses soins dans le cadre du parcours de soins.

C. Le proche

La notion de proche est difficile à définir. Le degré de proximité entre deux personnes peut être très variable et ce indépendamment de leur lien familial. Ainsi un ami ou un parent non immédiat, comme un oncle ou une tante, peut être parfois plus proche qu'un parent immédiat ou qu'un membre de la fratrie. Tout dépend de l'histoire de chacun.

Une des définitions du Larousse est la suivante : « *qui a de profondes affinités, qui entretient des relations étroites avec quelqu'un d'autre* ».

Fournir une définition plus précise de ce terme risquait de créer des biais dans les réponses car les médecins pouvaient ne pas se reconnaître dans les situations évoquées. Nous avons donc décidé de laisser cette notion large, laissant aux médecins répondant au questionnaire la possibilité de classer eux-mêmes les membres de leur entourage parmi leurs proches.

Ainsi la notion de proche est définie comme toute personne avec qui il existe un lien affectif quel qu'il soit et quel que soit le lien par ailleurs (familial, amical ou autre).

D. La demande de soin

Le mot « soin » au sens médical du terme est défini par le Larousse comme les « *actes thérapeutiques qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps* ».

Le verbe « soigner », qui a la même racine étymologique, est défini comme « *procurer les soins nécessaires à la guérison, à l'amélioration de la santé de quelqu'un, d'un animal* ».

Le soin et l'action de soigner ont donc pour finalité l'amélioration de la santé (terme défini par l'OMS, comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social ne résultant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »).

La notion de soin étant corrélée à un acte thérapeutique, on peut considérer que cela englobe toute pratique médicale, allant du conseil donné sur un coin de table, à une prise en charge complète de la personne. Partant de là, tout acte thérapeutique peut avoir des conséquences et ainsi engage la responsabilité du médecin. La demande de soin de la part d'un proche peut donc être très vaste (31).

La demande de soin est dès lors définie comme toute question ou démarche émanant d'un proche en rapport avec notre statut de médecin.

E. La rencontre clinique

Une rencontre clinique ou consultation se compose des étapes suivantes (32,33) :

- Le recueil des plaintes et des préoccupations du patient avec anamnèse et prise d'antécédents.
- L'examen physique et l'analyse éventuelle d'examens complémentaires
- Le diagnostic
- La prise en charge avec traitement et suivi

Chacune de ces étapes peut poser un problème lors de la prise en charge d'un proche.

- La plainte peut être mal entendue (24) et le recueil d'antécédents peut être incomplet ou supposé (10).
- L'examen physique peut engendrer un malaise lié à l'intimité et ainsi être plus limité que ce qu'il devrait (9,20–27,30).
- Le diagnostic peut souffrir d'un raisonnement défectueux liée à la proximité affective présente entre le médecin et le proche (6,8,11,34).
- Le traitement peut être influencé par les sentiments du médecin envers son proche (3,34) et le suivi peut être plus erratique voire absent (30,35) en particulier lorsque les rencontres se font de manière informelle (20).

Le tout peut aboutir à l'erreur médicale (34), dernière chose que souhaite le médecin et ce encore plus lorsqu'il prend en charge quelqu'un qui lui est proche.

CONTEXTE LEGAL

A. Les textes anciens

Deux références essentielles ont été considérées :

Celle d’Hippocrate : dans son serment (36), prêté par tout médecin au moment de passer sa thèse, Hippocrate s’engage à « *prodiguer ses soins à quiconque les lui demandera* ». Cette phrase permet et incite même, en le formulant comme un devoir, à accepter une demande de soins quel que soit le contexte, y compris si celle-ci émane d’un proche. Mais le texte nous dit aussi que le médecin doit préserver l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de sa mission. Celle-ci est naturellement compromise dès lors que l’on soigne un proche (37).

Celle de Thomas Percival : 2500 ans après Hippocrate, en 1803, Thomas Percival, médecin, philosophe et auteur anglais, considère que l’éthique médicale veut que l’on ne soigne pas ses proches (38). Il précise que l’anxiété générée par la maladie de ses proches risque d’obscurcir son jugement et de produire de la timidité et de l’irrésolution dans sa pratique. Or ce risque ne semble pas acceptable pour un médecin surtout quand il s’agit de soigner un de ses proches.

B. Les textes français

Nous avons étudié plusieurs sources d'informations sur la question.

1. Le code de déontologie

Le code de déontologie (39), issu du code de la santé publique qui donne les dispositions réglementaires de l'exercice de la profession médicale, ne formule pas d'indications précises concernant cette pratique. Il sert pourtant de référence aux instances juridictionnelles de l'Ordre et de guide pour les médecins dans leur pratique. Nous avons repris en particulier 4 articles qui nous ont semblé intéressants pour notre questionnement :

- **Article 6** : « *Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit.* »
- **Article 7** : « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.* »
- **Article 47** : « *Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.* »

- **Article 51 : « Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients. »**

L'article 6 permet à tout un chacun de choisir son médecin. Le patient proche pourra en conséquence choisir un médecin avec lequel il est en lien affectif ou de proximité. L'article 7 précise que le médecin doit garder tout son professionnalisme quelle que soit la personne auscultée. Cette généralisation inclue le patient proche. Enfin l'article 51 alerte sur une condition qui est difficile à remplir pour le praticien soignant un proche car par définition celui-ci est déjà impliqué dans la vie privée de la personne concernée.

L'article 47 à l'opposé permet au médecin de refuser de prendre en charge un patient quel qu'il soit à condition d'assurer la continuité des soins.

Le code de déontologie autorise la prise en charge de ses proches en insistant sur le libre choix de ces derniers et sur la nécessité de traiter celui-ci comme n'importe quel patient. Il permet néanmoins au médecin de refuser de répondre à cette demande, hors cas d'urgence et à condition d'assurer la continuité des soins.

2. L'ordre des médecins

L'ordre des médecins national émet des commentaires sur les articles du code de déontologie (40).

Pour l'article 7, on peut ainsi lire :

- « *L'obligation pour les médecins d'intervenir auprès de tous patients, quels qu'ils soient, répond à une ancienne tradition universelle. On la retrouve dans le serment d'Hippocrate (...).* »
- « *Le médecin doit aussi s'efforcer de ne pas être influencé par les sentiments inspirés par les personnes rencontrées.* »
- « *L'objectivité est nécessaire à l'action du médecin.* »

Pour l'article 51, l'ordre commente :

- « *Le médecin est le conseiller naturel des patients et des familles et souvent leur confident. (...) La confiance dont il bénéficie peut le mettre dans des situations délicates et le conduire au-delà des limites de son rôle professionnel s'il n'y prend pas suffisamment garde. (...) Le médecin ne doit jamais se départir de son impartialité.* »

Certaines instances départementales ont écrit notamment sur le sujet des prescriptions aux proches pour des cas particuliers, comme un médecin à la retraite par exemple. Ainsi sur le site du conseil départemental de l'ordre des médecins de Meurthe et Moselle (41) on lit : « *Le médecin retraité peut être amené à rédiger des ordonnances pour ses proches à titre gracieux. Celui-ci peut aussi être son propre médecin traitant ou être le médecin traitant d'un de ses proches.* » Il y a plusieurs règles à respecter dans ce cas, notamment le fait d'être encore inscrit à l'ordre, et de réaliser un acte gratuit.

Le paragraphe précise un peu plus loin que ces prescriptions doivent être exceptionnelles et que cette ordonnance peut être faite uniquement « *pour le médecin lui-même ou bien ses proches, il peut s'agir de la famille, d'amis ou de simples voisins* ». Cette instance invite de ce fait à respecter des règles quand un médecin a cessé officiellement son activité. On constate au demeurant que la notion de proche reste ici toujours aussi vaste.

En 2004, lors de la rédaction de son travail de thèse, le Dr Cornec Lasserre (17) a écrit au **conseil national de l'ordre** pour avoir sa position quant à son sujet qui était : soigner ses proches quand on est médecin. La réponse fut la suivante : « *si rien sur le plan juridique ne l'interdit, le CNOM considère qu'une telle pratique n'est pas souhaitable. L'émotion légitime qu'on peut avoir vis-à-vis d'un proche souffrant peut influencer sur le comportement du médecin et compromettre le recul qu'il doit garder dans ses décisions médicales. En outre, au regard de l'intimité et de l'autonomie du malade, il peut y avoir si non conflit d'intérêt, au moins une divergence entre la relation affective et la relation médicale.* »

Le terme « souhaitable » laisse une grande part de liberté au médecin.

Pour l'ordre, il existe donc une tendance de position, mais pas de position tranchée.

L'ordre national des médecins confirme la possibilité que donne le code de déontologie de soigner ses proches. Il met également en avant les difficultés que cela pourrait engendrer (objectivité, neutralité, sentiment bon ou mauvais inspiré par le patient) sans proposer de solutions. Il y a une légère tendance à se positionner contre cette pratique sans pour autant proposer recommandations ou règles sur le sujet. Des ordres à une autre échelle géographique peuvent apporter des précisions complémentaires pour des cas particuliers.

3. Le code de la sécurité sociale

Le code de la sécurité sociale, qui a instauré le dispositif du médecin traitant en 2004, autorise (14) la prise en charge de soi-même ou de ses proches en tant que médecin traitant. Le texte précise néanmoins que le médecin « *aura toutefois à cœur, selon sa déontologie, de s'assurer qu'il a les compétences et l'objectivité suffisantes pour remplir cette fonction de la façon la plus qualitative.* » Autant il peut paraître évident de ne pas sortir de sa compétence lorsqu'on soigne un proche comme pour n'importe quel patient, autant, encore une fois, l'objectivité suffisante reste une notion floue difficile à évaluer. Par ailleurs, le code n'impose pas de condition particulière de prise en charge ou de remboursement lorsqu'un médecin soigne un de ses proches.

4. Le code civil et le code pénal

Aucun de ces deux codes ne fait allusion à la prise en charge d'un proche par un médecin. On peut néanmoins citer l'article 225-1 du code pénal (42) relatif à la discrimination dans lequel elle est tout naturellement punissable quel qu'en soit le motif. On pourrait considérer un refus global de prise en charge des proches alors que rien ne l'interdit comme une discrimination à la vue de son statut de proche. Cette manière d'envisager les choses est très extrême et paraît éloignée de la réalité du quotidien.

En résumé, en France, aucun texte ne légifère clairement sur le sujet. Il existe des positions plus ou moins officielles des différentes instances encadrant notre profession mais pas de position commune. De plus, les différents textes existants, sont suffisamment flous pour laisser le champ libre à une grande part d'interprétation. Chaque médecin peut ainsi faire ses propres choix face à cette question.

C. Les textes étrangers

Une revue de la littérature étrangère nous a paru nécessaire afin de connaître les positions quant à la prise en charge d'un proche par un médecin avec qui il est apparenté. Tout comme en France, différents codes et directives encadrent cette pratique et des règles peuvent même être édictées. Nous avons sélectionné et commenté des extraits issus de ces documents.

L'American Medical Association (AMA) publie en 1845 un premier code éthique adopté deux ans plus tard. Il s'inspire de *l'éthique médicale* de Percival et en reprend les grands principes. Dès lors, il déconseille la prise en charge de ses proches.

Par la suite, ce code sera plusieurs fois modifié et la notion de soins aux proches disparaîtra un temps pour être reprise, stipulant que le médecin ne doit pas traiter un membre de sa famille et dehors de certaines circonstances qui sont : « *Dans les contextes d'urgence ou isolés où aucun autre médecin qualifié n'est disponible* » et « *pour les problèmes mineurs à court terme* » (43).

Ce code borde la pratique de manière plus nette qu'en France. En revanche, qu'entend-on par « problèmes mineurs » ? Aucune définition précise n'est fournie, c'est donc au médecin de juger de la gravité du problème. De la même façon, l'urgence semble difficile à définir de façon stricte : de quelle urgence parle-t-on ? Urgence vitale immédiate, urgence différée, urgence ressentie ?

La structure fédérale des Etats-Unis permet des réglementations légèrement différentes d'un état à l'autre. Ainsi, certains états interdisent la prescription de substances contrôlées pour des proches (44). De même, certaines assurances, comme Medicare, ne remboursent pas les actes donnés à un proche

immédiat depuis 1989 (45,46). Des cadres locaux peuvent donc compléter les préconisations du *Code of Medical Ethics*.

Le **Collège des Médecins du Québec** a promulgué un code de déontologie médicale (47). L'article 70 mentionne que « *le médecin doit, sauf dans les cas d'urgence ou dans les cas qui manifestement ne présentent aucune gravité, s'abstenir de se traiter lui-même ou de traiter toute personne avec qui il existe une relation susceptible de nuire à la qualité de son exercice, notamment son conjoint et ses enfants* ».

L'association médicale canadienne (CMA) publie un code de déontologie (48) contenant les règles générales pour l'exercice et la pratique médicale. On peut y lire : « *limiter aux interventions mineures ou urgentes l'auto-traitement et le traitement des membres de la famille immédiate, ou des personnes avec lesquelles une relation de nature personnelle similaire a été établie, lorsqu'aucun autre médecin n'est disponible. Ces traitements ne devraient pas être facturés* »

Cette association, tout en excluant le cas de l'urgence, propose une limitation aux cas mineurs. Elle suggère donc un positionnement encadrant au mieux les risques pour le médecin et pour le patient proche, tout en laissant encore une fois une grande liberté d'interprétation pour les médecins sur la notion d'urgence et d'intervention mineures. Il est par ailleurs intéressant de noter la référence à la gratuité du traitement, critère auquel il n'est fait mention nulle part dans les textes français lorsque l'on soigne un proche. Pourtant, avec notre système de sécurité sociale, le questionnement autour du prix des soins pour un proche (alors à la charge de la communauté) se pose.

La British Medical Association (BMA) indique « qu'il n'est pas conseillé aux médecins d'assumer la responsabilité pour le diagnostic et la prise en charge de leurs propres problèmes de santé ou de ceux de leur famille immédiate, sauf la circonstance la plus inhabituelle » (49).

Cette association ne conseille pas non plus de prendre en charge son proche en dehors des cas d'urgence bien évidemment.

Le Conseil européen de l'ordre des médecins (CEOM) ne donne pas d'avis sur la prise en charge de ses proches. En effet, aucun article des « *Principes d'éthique médicale européenne* » adoptée initialement en 1987 ne fait mention de ce sujet. Le seul article qui permettrait d'avoir une indication est l'article 5 : « *Tant pour conseiller que pour agir, le médecin doit disposer de son entière liberté professionnelle et des conditions techniques et morales lui permettant d'agir en toute indépendance* » (50). Or, c'est bien cette indépendance qui risque d'être mise à mal lorsque l'on soigne un proche pour lequel on éprouve un sentiment qui nous éloigne de la neutralité.

En Australie, les règles varient d'un état à l'autre (51). Certains interdisent, par exemple, la prescription de substances contrôlées à des membres de la famille, dans d'autres les soins peuvent être exclus de la couverture maladie s'ils sont fournis par un médecin de la famille. Ces principes se rapprochent de ceux que nous avons observés aux Etats-Unis.

A l'échelle du pays, le Medical Board of Australia dans son code (Good medical practice : a code of conduct for doctors in Australia) (52) décourage les médecins de fournir des soins à leurs proches en

stipulant « *Dans la mesure du possible, évitez de fournir des soins médicaux à toute personne avec qui vous entretenez des relations personnelles étroites* ». Le code justifie sa position en soulevant les principaux problèmes rencontrés dans cette situation : « *Dans la plupart des cas, fournir des soins à des amis proches, ceux avec qui vous travaillez et les membres de la famille est inapproprié en raison du manque d'objectivité, de la discontinuité possible des soins et des risques pour le médecin et le patient.* » Néanmoins le code se veut réaliste et précise : « *Dans certains cas, fournir des soins à vos proches est inévitable. Chaque fois que c'est le cas, une bonne pratique médicale nécessite une reconnaissance et une gestion prudente de ces problèmes* ». Ces dernières lignes font appel au professionnalisme du médecin et l'incite à la prudence.

En Tunisie, le code de déontologie médicale (53) régleme le soin aux proches sur un plan financier en disant : « *Il est d'usage qu'un médecin soigne gratuitement ses parents proches, ses confrères et les personnes à leur charge, les étudiants en médecine, le personnel à son service, ses collaborateurs et auxiliaires directs et ses amis intimes.* ». La question de soigner ou non ses proches ne semble donc pas se poser, et le faire est chose normale en Tunisie.

En Suisse, le code de déontologie de la Fédération des médecins suisses (54) ne donne pas non plus de recommandations sur ce sujet mais prône la liberté de part et d'autre de la relation : celle du patient dans le choix de son médecin traitant et celle du médecin dans le choix de refuser ou d'accepter ce mandat thérapeutique ou diagnostic hors situation d'urgences.

Les codes de déontologie d'Irlande (55), de Belgique (56) vont dans le même sens.

Et pour finir, **en Espagne**, le code de déontologie (57) ne parle pas de ce cas mais énonce que la seule raison pour un médecin de suspendre les soins auprès d'un patient est d'avoir l'intime conviction que le patient ne lui donne pas toute sa confiance.

Conclusion générale sur le contexte légal :

Tous les textes étudiés ici laissent une grande part à l'interprétation puisque aucune loi, au sens légal du terme, ne permet de fixer une conduite à tenir sur laquelle nous pourrions nous appuyer. En particulier en France, il n'existe aucun obstacle à la prise en charge de ses proches.

Il est intéressant de remarquer qu'aucun pays n'a vraiment légiféré sur le sujet alors qu'il pose un certain nombre d'interrogations. On peut dès lors se poser deux questions :

1. Est-ce parce que cela ne semble pas utile et qu'il est mieux de laisser chaque médecin faire en son âme et conscience ?
2. Ou est-ce parce qu'au vu du fait que cette pratique semble généralisée (2,5,17,20,21,29,37,58), il n'est pas opportun de légiférer ?

MATERIEL ET METHODE

A. Présentation de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive avec une analyse quantitative complétée d'une composante qualitative. Elle a pour base un questionnaire proposé aux médecins généralistes libéraux en France métropolitaine et d'outre-mer. Son objectif est d'évaluer la pratique des médecins généralistes libéraux concernant leur prise en charge de leurs proches et d'avoir leur opinion sur certains points précis.

B. Elaboration et présentation du questionnaire

Après une revue de la littérature sur le sujet, effectuée notamment dans le cadre de mon mémoire de DES, nous avons mis au point un questionnaire (Annexe 1) à l'aide de GOOGLE FORMS composé de 37 questions réparties en cinq parties :

Première partie : questions sur les **caractéristiques des médecins** (sexe, âge ...)

Deuxième partie : questions sur la **connaissance de la législation** éventuelle régissant la pratique de prise en charge d'un proche.

Troisième partie : questions sur le **comportement global** face à la demande de soins d'un proche.

Quatrième partie : questions sur **l'aspect pratique** de cette prise en charge, à savoir le lieu et l'horaire d'une consultation, les différentes étapes d'une consultation, la modification ou non de l'attitude en tant que médecin, et l'aspect financier.

Cinquième partie : questions sur **le ressenti des médecins** face à cette situation. Nous avons laissé dans cette partie la possibilité aux médecins d'exprimer davantage leur expérience personnelle s'ils le souhaitent afin de ne pas frustrer la parole de chacun sur un sujet qui nous semblait pouvoir intéresser l'ensemble des personnes.

Ce questionnaire a été testé sur 5 médecins généralistes, choisis dans mon entourage et le temps moyen pour y répondre était d'environ huit minutes. Les questions n'étaient pas obligatoires.

Les courriers électroniques envoyés contenaient un lien vers le questionnaire. Ils ont été transmis depuis le serveur PDB Manager appartenant à la Fédération des Médecins de France (FMF) utilisé par le Dr Claude BRONNER et alimenté par le fichier d'Espace Médecine qui est géré en commun par fmc-Action, l'A2FM (Association Française de Formation Médicale) et la FMF (Fédération Française de Médecins). Je n'avais pas accès aux adresses mail mais mon adresse mail apparaissait comme expéditeur. Les retours éventuels arrivaient donc sur ma boîte mail directement.

Le premier envoi a été effectué le 23 septembre 2018.

Nous avons interrompu le recueil des données un mois après, le 21 octobre 2018, lorsqu'il n'arrivait plus que très peu de nouvelles réponses depuis plusieurs jours.

Le texte accompagnant le questionnaire expliquait l'objectif de la thèse et de notre enquête et précisait différentes notions apparaissant dans le questionnaire, en voilà le contenu :

« Docteur,

Chaque médecin généraliste peut un jour être confronté à une demande de soin de la part de quelqu'un qui lui est proche.

Je vous sollicite pour mon travail de thèse, dirigé par le Dr Claude Bronner, dont l'objectif est d'appréhender le comportement des médecins généralistes face à cette demande.

Pour cela, nous définissons :

- Un proche : toute personne avec qui il existe un lien affectif, au-delà d'autres liens (famille, ami, ou collègues)

- Le soin : toute demande émanant d'un proche en lien avec notre statut de médecin (allant de la simple demande de conseils à une prise en charge complète et globale et comprenant tous gestes ou actes réalisables dans notre domaine)

La prise en charge de l'urgence est exclue de ce travail par son caractère obligatoire et légal.

Le questionnaire comprend 37 questions réparties en 5 parties permettant d'explorer les différents aspects de cette relation particulière. Il dure environ 8 minutes.

Merci de votre contribution pour ce travail ! Si vous souhaitez recevoir un exemplaire de ma thèse une fois terminée, vous pouvez me laisser vos coordonnées.

[Flora DOUARD](#), médecin remplaçante, thésarde

Toutes les données recueillies sont ANONYMES. »

La notion d'urgence a naturellement été exclue de notre enquête puisqu'il s'agit-là d'une obligation légale d'intervenir (59) lorsqu'on en a la compétence.

La notion de soins à soi-même et de soins des proches par un confrère ainsi que la prise en charge des aidants sont également exclues de ce travail.

Les résultats ainsi obtenus, ont été transférés sans modification dans un tableau Excel, nous donnant une base de données à exploiter.

L'analyse s'est effectuée à la fois grâce aux fonctionnalités d'Excel ainsi qu'au logiciel GRMC, développé par le Groupe Méthode en Recherche Clinique des hôpitaux universitaires de Strasbourg.

Nous avons dans un premier temps effectué une analyse univariée des réponses à notre questionnaire.

Nous avons ensuite voulu tester si certaines caractéristiques des médecins modifiaient leurs pratiques et leurs comportements. Pour cela nous avons testé l'indépendance des variables par un test du Chi 2.

Les résultats sont présentés dans leur totalité sous forme de tableaux en annexe. Les résultats significatifs les plus importants sont présentés dans la troisième partie du chapitre « résultats ».

Enfin nous avons effectué une analyse des commentaires libres que permettaient certaines questions.

RESULTATS

Les résultats sont rapportés selon différents angles d'approche. Tout d'abord une synthèse du nombre de répondants par rapport au nombre de mails envoyés nous donne le taux de retour de notre sondage. L'exploitation se poursuit par une analyse univariée qui reprend les cinq grandes parties du questionnaire (caractéristiques de l'échantillon, connaissances des réglementations et recommandations, prise en charge des proches en général puis en particulier et ressenti / opinions). Ensuite nous avons réalisé une analyse croisée simple et enfin les commentaires libres ont été examinés.

A. Nombre de répondants

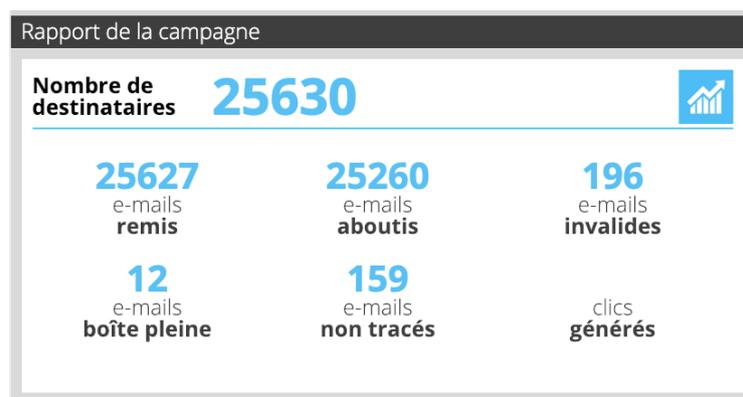


Figure 1 : Diagramme de flux

Nous avons reçu 2266 questionnaires au total soit un taux de réponse de 8,97%.

Parmi eux, 2,16% soient 49 questionnaires ont été remplis par des médecins qui n'étaient pas généralistes, ils ont donc été retirés de l'analyse.

Il y avait un doublon et un questionnaire inexploitable qui contenait une seule réponse sur les 37. Ils ont également été retirés.

Nous avons ainsi obtenu 2215 questionnaires exploitables.

B. Analyse univariée

Elle présente des données brutes obtenues par le biais d'un premier dépouillement du questionnaire. Les données sont présentées sous forme de tableaux, de diagrammes ou de commentaires. Des renvois en annexe permettent de consulter les données dans leur ensemble. La mention « effectif » correspond au nombre de personnes qui ont répondu à la question. Elle sert de base au calcul des pourcentages. Les questions n'étant pas obligatoires, le questionnaire laissait aux médecins la possibilité de continuer sans répondre, c'est pourquoi l'effectif est variable d'une question à l'autre.

1. Caractéristiques de la population échantillonnée

a. Sexe et âge

Variables	Effectif	Pourcentage
SEXE	2211	
Homme	1031	46,63 %
Femme	1180	53,37 %
AGE	2183	
< 30	30	1,37 %
30-39	468	21,44 %
40-49	454	20,8 %
50-59	604	27,67 %
60-69	578	26,48 %
>70	49	2,24 %

Tableau 1 : Répartition de la population selon le sexe et l'âge

La classe d'âge la plus représentée est celle des 50-59 ans et la **moyenne** d'âge est de **50,7 ans** et le sex-ratio est en faveur des femmes.

b. Année de début de pratique (installation ou remplacement) et nombre d'années d'installation

Les années de début de pratique s'étendent de 1968 à 2018 soit sur 50 ans. (Annexe 2)

La moyenne du nombre d'années d'installation est de 19,1 ans.

c. Origine géographique

Afin de faciliter les réponses, les participants donnaient leur département dans le questionnaire. Nous les avons ensuite regroupés selon la nouvelle répartition des grandes régions. Toutes les régions sont représentées. (Annexe 3)

La région Auvergne Rhône-Alpes est la mieux représentée avec près de 17% des répondants suivie par quatre autres régions dont le taux dépasse 10 % : Occitanie, Ile de France, Hauts de France et Grand Est. Les régions les moins représentées sont la Bourgogne-Franche-Comté et la France d'outre-Mer avec moins de 3 % des réponses et la Corse avec moins de 1 %.

d. Mode d'exercice

Variable	Effectif	Pourcentage
MODE D'EXERCICE	2214	
Généraliste retraité	54	2,44 %
Groupe ou association	1414	63,87 %
Hospitalier	9	0,41 %
Remplaçant	125	5,65 %
Seul	612	27,64 %

Tableau 2 : Répartition de la population selon le mode d'exercice

La majorité des répondants travaillent en groupe ou en association. Il reste cependant une part importante de médecins qui travaillent seuls.

La quasi-totalité de notre échantillon soit **99,58 % des médecins exercent en libéral**.

e. Orientation et diplômes complémentaires

Cette question regroupait les différents diplômes supplémentaires DU, DESC ainsi que les différentes pratiques possibles en plus de la médecine générale habituelle.

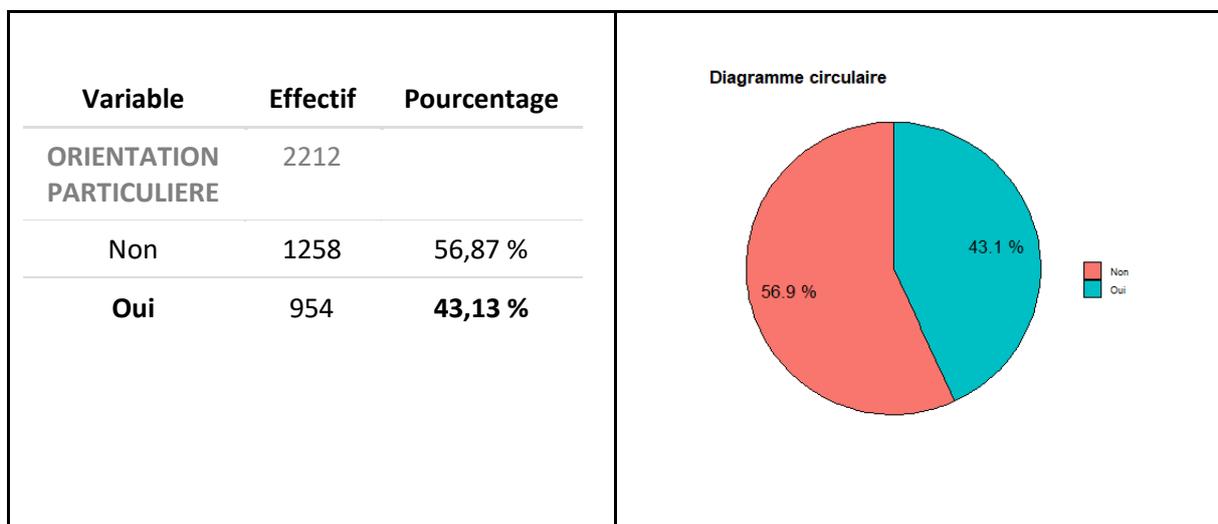


Tableau 3 : Existence d'une orientation particulière

43% des médecins généralistes ont une ou plusieurs orientations particulières en plus de leur diplôme de base. Ces différentes pratiques sont listées dans le tableau en Annexe 4.

Certains médecins affirment ne pas s'en servir dans leur pratique courante et d'autres n'ont pas spécifié desquelles il s'agissait.

f. Implication dans l'enseignement universitaire

La question regroupait toutes les formes d'enseignement auxquels les médecins pouvaient participer : théorique (enseignants) et pratique (maîtres de stage).

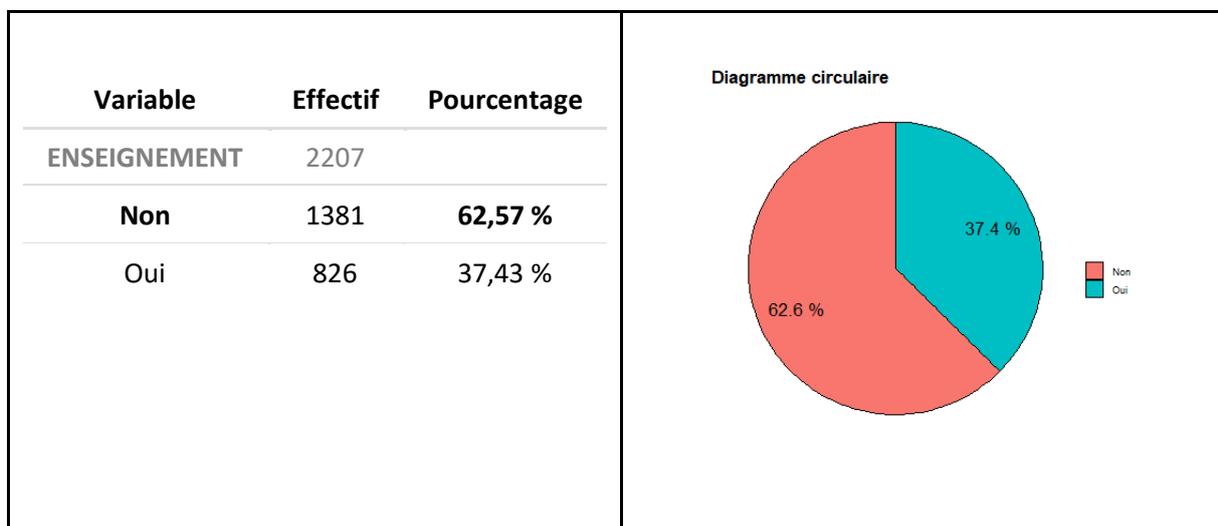


Tableau 4 : Participation à l'enseignement

62% des médecins ne sont pas impliqués dans l'enseignement universitaire.

g. Présence d'un autre médecin dans la famille

Il s'agissait ici de savoir si le médecin qui répondait au questionnaire avait un ou plusieurs autres médecins dans sa famille.

Parmi eux, 3 ont répondu « non » mais ont cité des membres de leur famille comme étant médecin, leur réponse a donc été changée en « oui ».

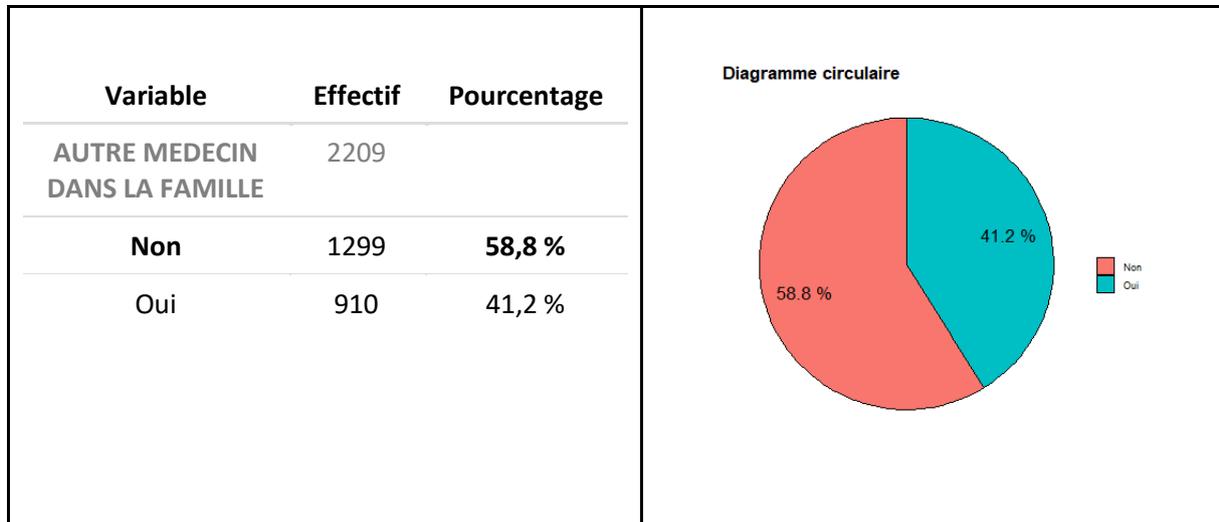


Tableau 5 : Présence d'un autre médecin dans la famille

Près de 59% des médecins ont répondu qu'il n'y avait pas d'autre médecin dans leur famille.

2. Connaissances des réglementations et des recommandations

Nous avons demandé aux médecins s'ils pensaient connaître les recommandations et la réglementation dans le domaine du soin au proche en France.

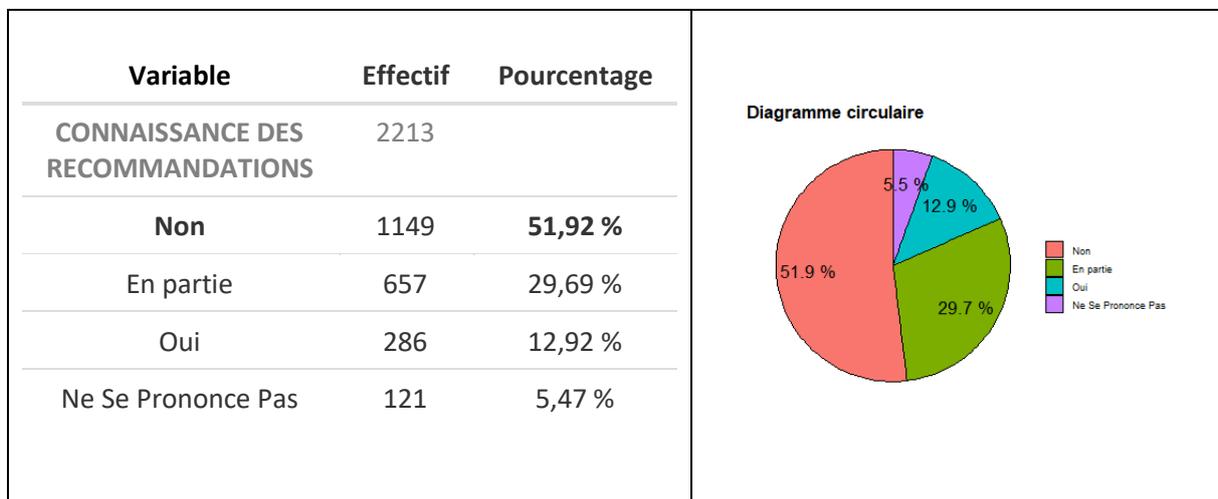


Tableau 6 : Connaissance des recommandations

Plus de la moitié des médecins considèrent qu'ils ignorent les éventuelles règles entourant cette pratique.

Sur présentation d'affirmations données par divers codes et textes (annexe 5), les médecins étaient invités à préciser s'ils connaissaient les cadres entourant la prise en charge d'un proche.

Variables	Effectif	Pourcentage
CODE DE LA SECURITE SOCIALE	2211	
NON	1017	46 %
OUI	1194	54 %
CODE DE DEONTOLOGIE	2211	
NON	749	33,88 %
OUI	1462	66,12 %
CNOM	2209	
NON	1147	51,92 %
OUI	1062	48,08 %
SERMENT D'HIPPOCRATE	2204	
NON	144	6,53 %
OUI	2060	93,47 %
CODES CIVIL ET PENAL	2202	
NON	1590	72,21 %
OUI	612	27,79 %

Tableau 7 : Connaissance des textes

Si plus de la moitié des médecins déclaraient être peu au fait des recommandations et de la réglementation dans le domaine du soin au proche, ils ont malgré tout connaissance des préconisations du code de la sécurité sociale (54 %), du code de déontologie (66 %) et surtout du serment d'Hippocrate (93 %) qu'ils ont tous prononcé.

Il est à noter que la grande majorité ignore que le code civil et le code pénal ne réglementent pas cette pratique.

3. La prise en charge des proches en général

Il s'agissait ici de connaître la manière globale dont un médecin prend en charge ses proches. De savoir s'il a déjà été concerné par ce genre de demande, d'appréhender la manière dont il se positionne face à cette demande, de savoir si son attitude variait d'un proche à l'autre...

a. Demande de soin de la part d'un proche

L'objectif était de savoir si les médecins avaient déjà reçu une demande de soins quelle qu'elle soit de la part d'un de leur proche.

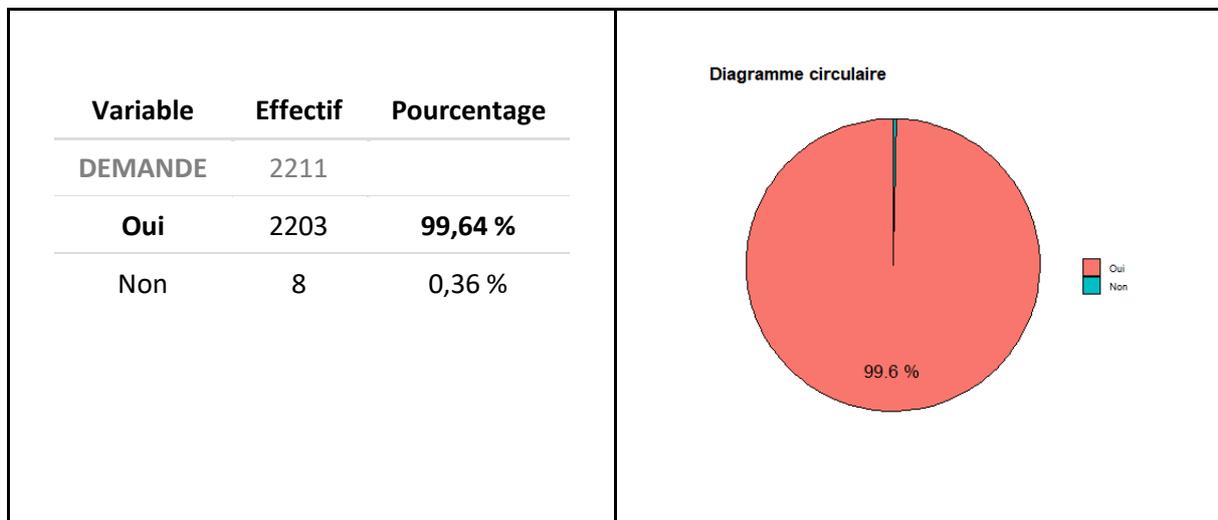


Tableau 8 : Demande de soins de la part d'un proche

La quasi-totalité des médecins a déjà dû faire face au moins à une demande de soins de la part d'un proche.

b. Attitude générale face à la demande de soin

Cette question visait à déterminer quelle était l'attitude générale des médecins face à cette demande de soins. Les répondants pouvaient cocher plusieurs réponses.

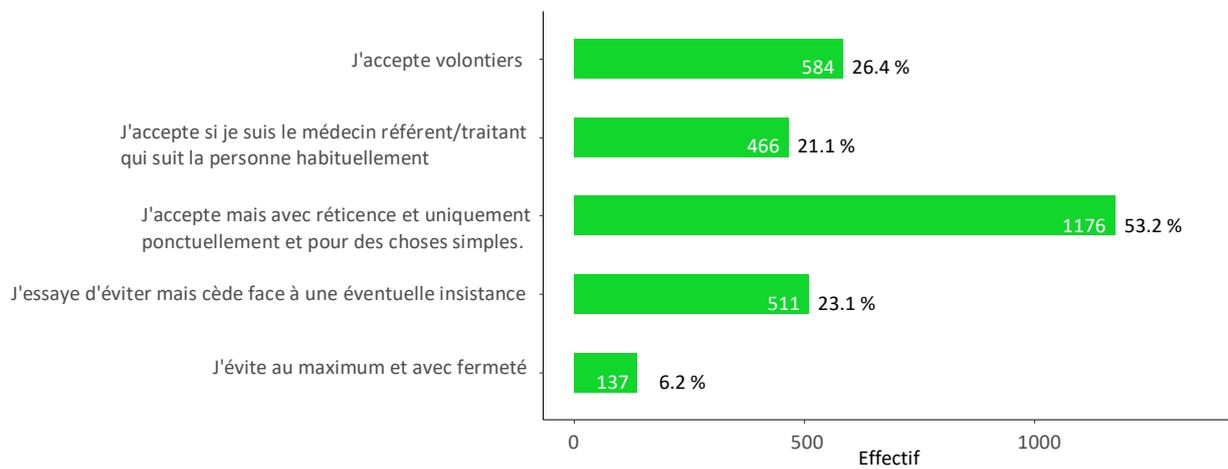


Figure 2 : Attitude générale face à la demande de soin

La seule proposition où le « oui » était majoritaire (53,1%) était « j'accepte mais avec réticence et uniquement pour des choses simples ». (Annexe 6).

c. Pourcentage de proches pris en charge

Cette question a semblé poser des difficultés aux répondants.

Les réponses allaient de 0% à 100% avec beaucoup de nuances et de commentaires rendant l'analyse stricte de cette question difficile.

d. Différence d'attitude selon le proche concerné

Le but de cette question était de savoir si le praticien modifiait son attitude selon le proche concerné.

Pour faciliter les réponses, un regroupement des proches par catégories était proposé :

- Les conjoints
- Les enfants
- La famille proche comprenant la fratrie et les parents
- La famille plus éloignée comprenant les autres membres (cousins, oncles, tantes, grands-parents, belle-famille...).
- Les amis
- Et enfin les collègues (médecins, paramédicaux, salariés...)

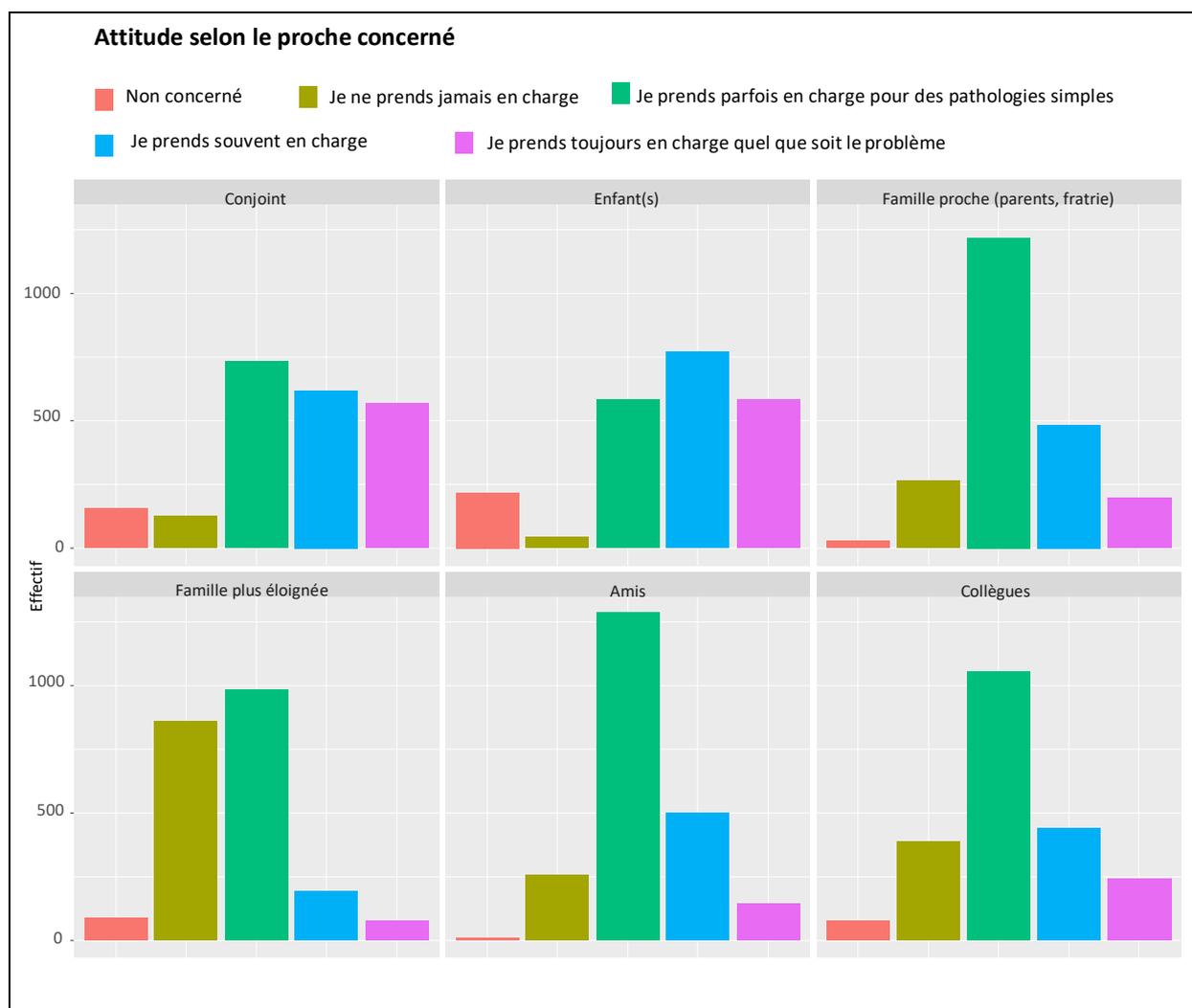


Figure 3 : Différence d'attitude selon le proche concerné.

On constate une différence d'attitude quand il s'agit des enfants du praticien. En effet, c'est pour cette catégorie que la prise en charge est la plus fréquente quelle que soit la pathologie alors que pour le reste des catégories, la prise en charge ne concerne que des pathologies simples et est plus occasionnelle.

Les réponses les plus tranchées : « je ne prends **jamais** en charge » et « je prends **toujours** en charge quel que soit le problème » n'étaient jamais majoritaires.

e. Refus de prise en charge

Cette question permettait une réponse par oui ou par non suivie d'une possibilité d'explicitier une situation.

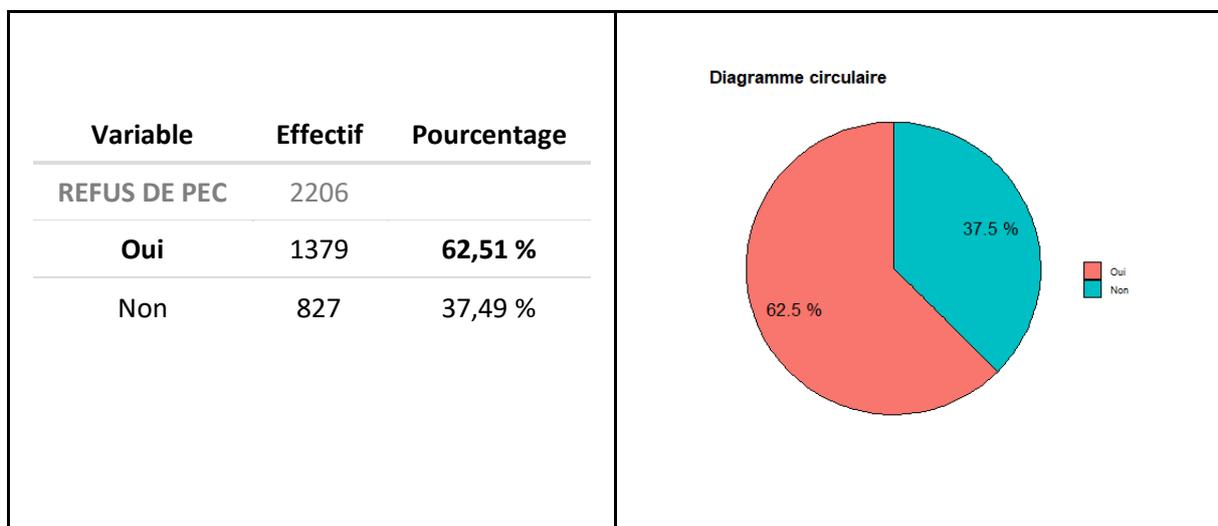


Tableau 9 : Refus de prise en charge

La majorité des médecins ont déjà été amenés à refuser une demande de prise en charge.

Il est à noter que parmi les personnes ayant répondu n'avoir jamais refusé de prise en charge, plusieurs ont justifié un refus, nous laissant penser qu'elles avaient déjà pu refuser des prises en charge. Le nombre de refus est donc probablement sous-estimé.

1227 personnes ont commenté cette question, ce qui nous permettra de tirer des informations complémentaires dans la suite de notre analyse.

f. Statut de médecin traitant des proches pris en charge

Il s'agissait ici de savoir si le praticien qui répondait au questionnaire était aussi le médecin traitant des proches qu'il prenait en charge.

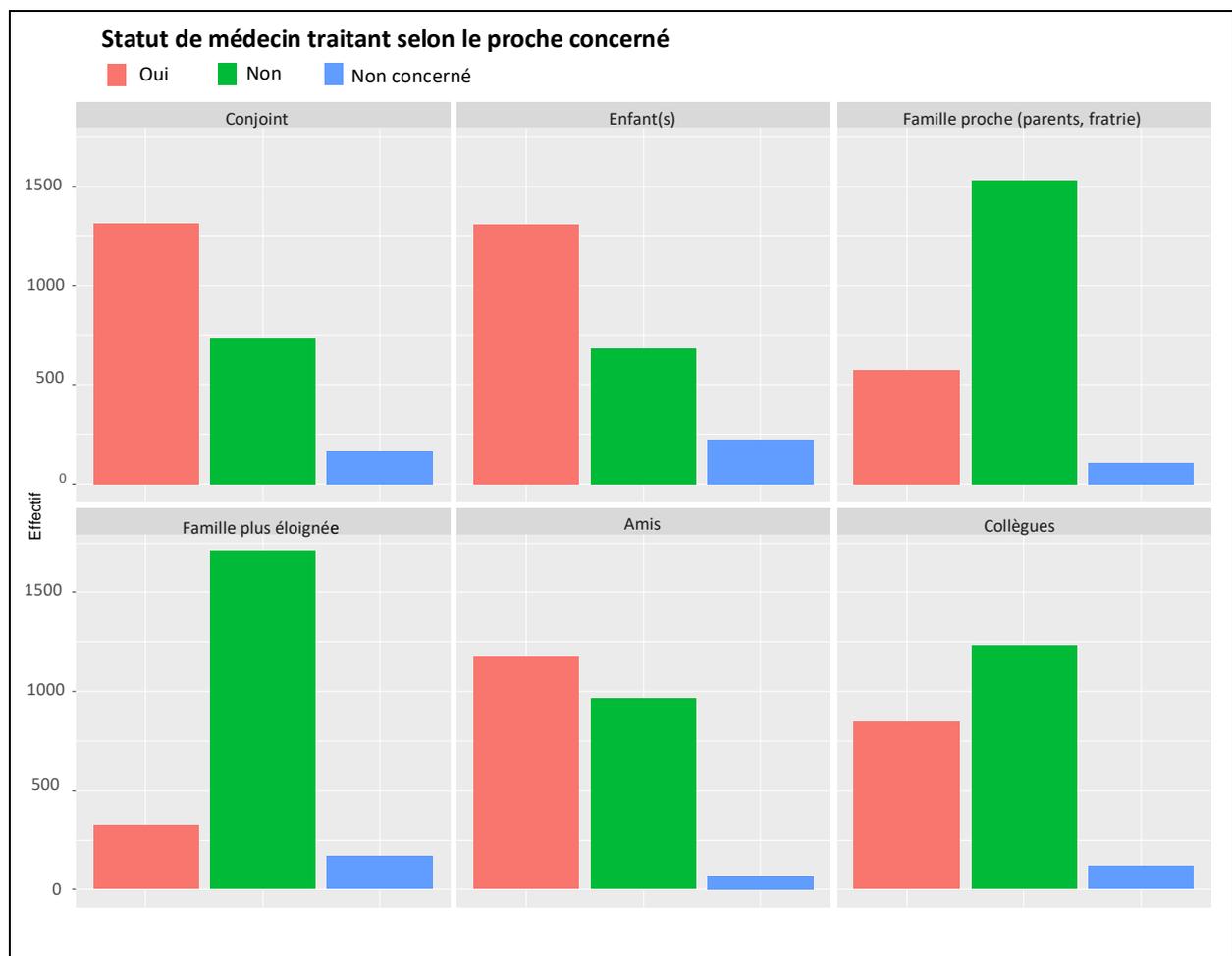


Figure 4 : Statut de médecin traitant selon le proche concerné

Les répondants sont majoritairement les médecins traitants de leur conjoint, enfants et amis. En revanche, pour leur famille proche ou plus éloignée ainsi que pour leurs collègues, ils ne sont majoritairement pas déclarés comme médecin traitant.

4. La prise en charge des proches en pratique

Cette partie a trait à la prise en charge d'un proche dans son détail. Elle interroge sur le comportement du médecin lors de la prise en charge, le lieu de la consultation et le respect de ses étapes, les types d'examens cliniques effectués. Elle aborde aussi la question de la rémunération. Les réponses apportées sont des jugements personnels.

a. Attitude générale lors de la prise en charge

Il s'agissait de savoir comment les médecins jugeaient leur attitude lorsqu'il prenait en charge un proche.

Variables	Effectif	Pourcentage
PEC GENERALE	2209	
Je le fais comme pour un patient normal	1279	57,9 %
J'ai tendance à avoir une attitude minimaliste	402	18,2 %
J'ai tendance à avoir une attitude maximaliste	380	17,2 %
Ne se prononce pas	148	6,7 %

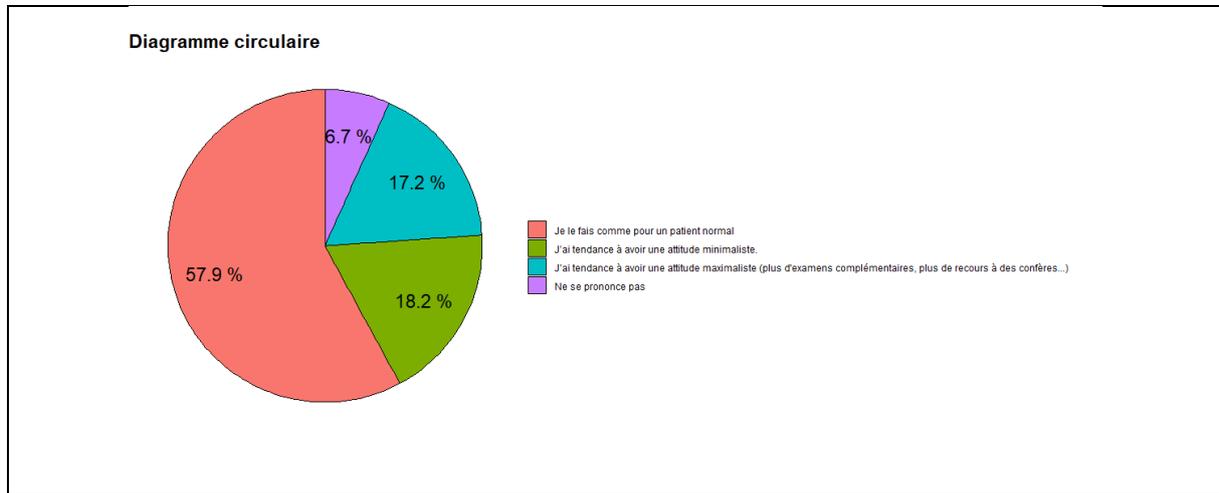


Tableau 10 : Attitude générale lors de la prise en charge

La majorité des médecins répondants affirment que leur pratique n'est pas modifiée par le fait qu'ils aient affaire à un proche. Un certain nombre d'entre eux, près de 7 % ne se prononcent pas.

Les autres réponses se répartissent en proportions assez proches entre une tendance à avoir une attitude minimaliste et une attitude maximaliste.

b. Lieu et horaires des consultations

L'objectif était ici de connaître les lieux et horaires des consultations concernant les proches. Il y avait la possibilité de cocher plusieurs réponses :

- Au cabinet sur mes horaires de consultation
- En dehors du cabinet mais sur mes horaires habituels de travail
- En dehors du cabinet et en dehors de mes horaires de travail
- Au téléphone, par mail, par voie dématérialisée



Figure 5 : Lieux et horaires des consultations

Pour le cercle proche, à savoir le conjoint, les enfants et la famille proche, la prise en charge s'effectue en majorité en dehors du cabinet et des horaires de consultations. A l'opposé pour les amis et les collègues, la prise en charge se fait dans un lieu plus formalisé. La voie dématérialisée est majoritaire uniquement pour la famille éloignée.

c. Respect des étapes d'une consultation

Le but de cette question était d'estimer si les médecins respectaient les étapes habituelles d'une consultation classique lorsqu'il prenait en charge un proche.

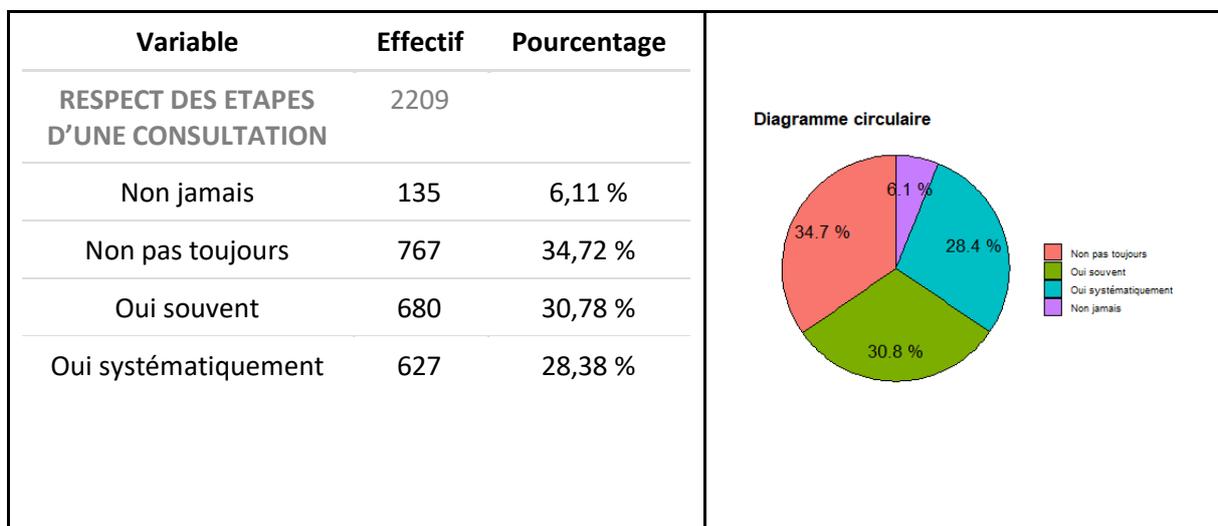


Tableau 11 : Respect des étapes d'une consultation

Plus de la moitié (près de 60%) des répondants formulent une réponse plutôt en faveur du oui concernant le respect des étapes d'une consultation.

d. Pratique de tout type d'examen clinique

L'objectif de cette question était de savoir si les médecins effectuaient tout type d'examen clinique y compris ceux pouvant relever de l'intimité ou de la psychologie lorsqu'ils soignaient un proche.

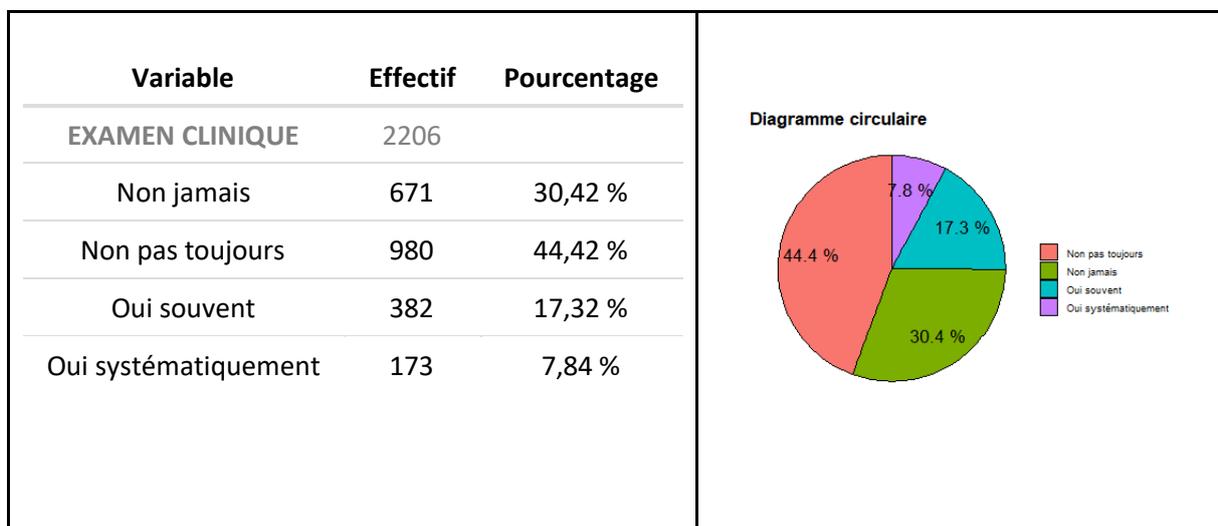


Tableau 12 : Pratique de tout type d'examen clinique

Contrairement à la question précédente, c'est la tendance au « non » qui l'emporte largement avec près de ¾ des médecins qui n'effectuent pas tout type d'examen clinique.

e. Rémunération

Pour cette question, il y avait deux possibilités de réponse avec un choix multiple possible :

- Soins de santé gratuits ou à prix réduit
- Tarif habituel

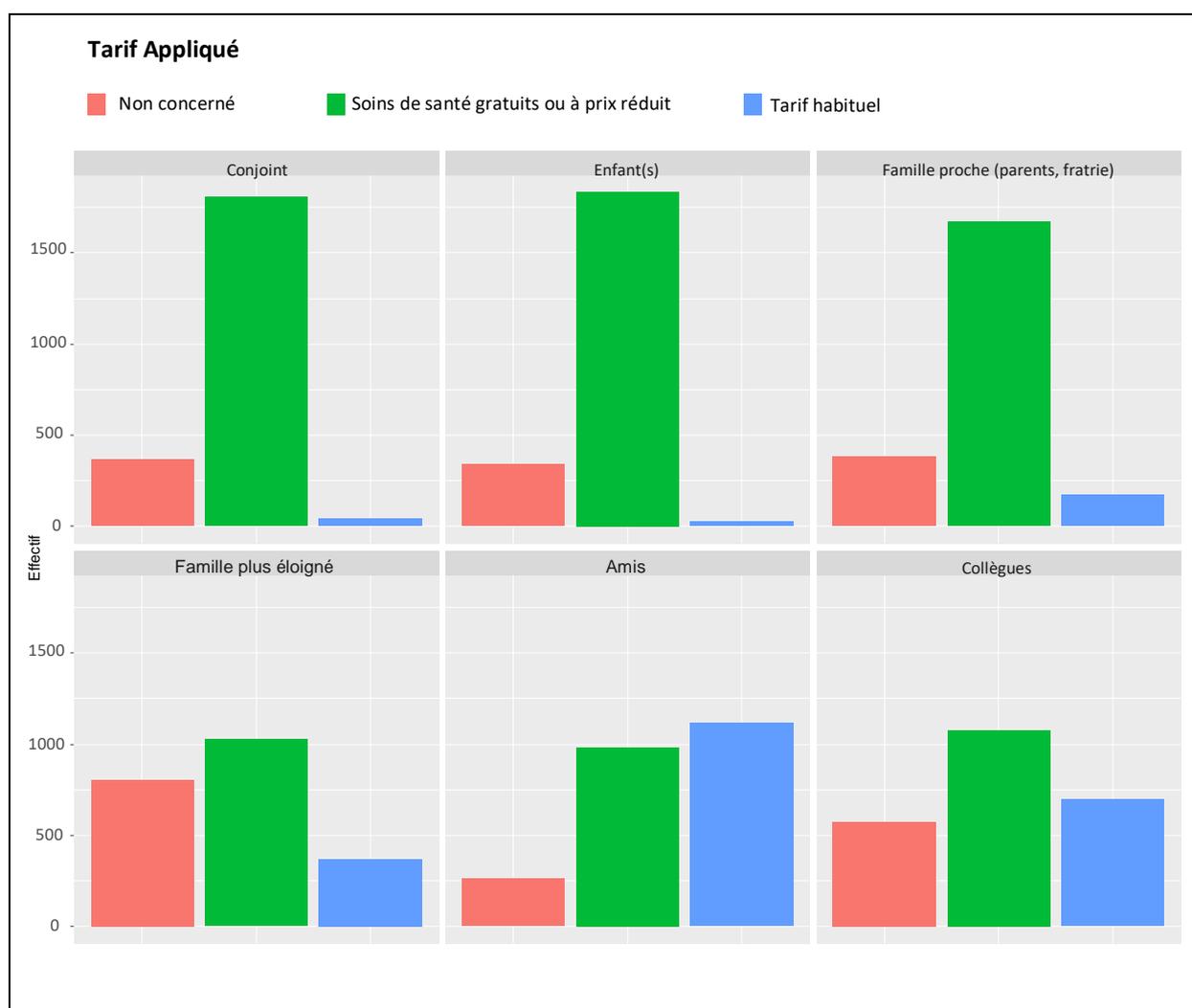


Figure 6 : Rémunération

Pour le conjoint, les enfants et la famille proche, les réponses sont sans équivoque avec des soins de santé gratuits ou à prix réduit.

Dans une moindre proportion, il en va de même pour la famille plus éloignée et pour les collègues. A noter toutefois que pour ces derniers, la proportion de gens ayant répondu « tarif habituel » n'est pas négligeable.

Pour les amis c'est le tarif habituel qui est majoritairement appliqué.

5. Ressenti et opinion

Pas le biais des questions de ce chapitre, nous avons voulu recueillir des données sur le ressenti des interrogés quand il soigne un de leur proche. Quel est leur niveau d'implication affective, pensent-ils rester objectifs lors de cette prise en charge, qu'en est-il du secret professionnel, est-ce que cela peut être source de problème ? ...

a. Implication affective

L'affect est mesuré sur une échelle allant de 1, facile à gérer, à 4 ingérable.

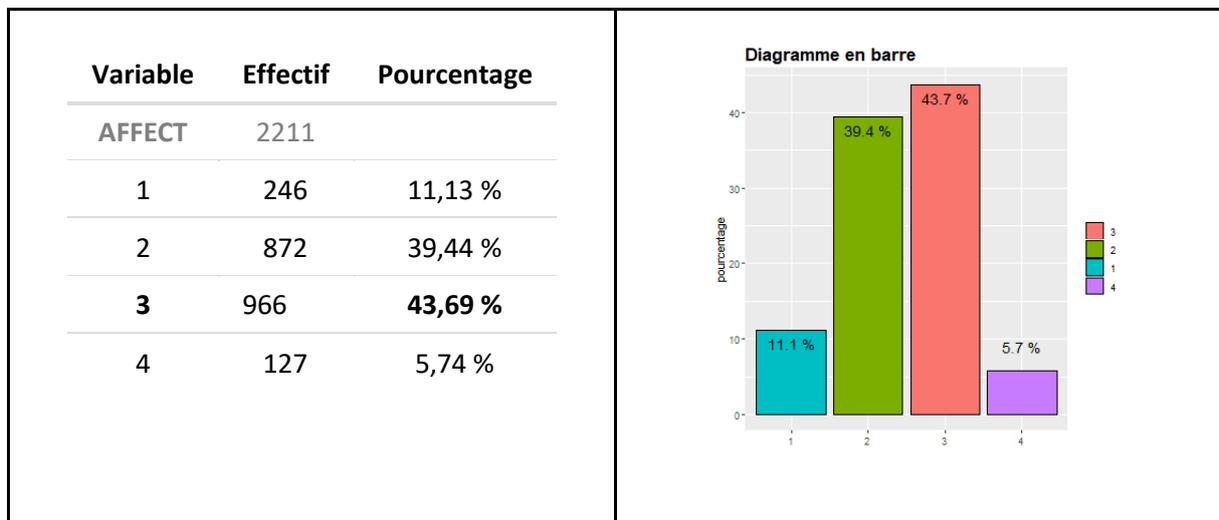


Tableau 13 : Implication affective dans le soin aux proches

Le pourcentage le plus élevé concerne la valeur 3. Les médecins situent donc leur implication affective à un niveau assez élevé. Près de 6 % considèrent que cette implication est ingérable. Au total 50 % des praticiens placent cette implication à un niveau important et 50 % la fixent à un niveau plus bas.

b. Maintien de l'objectivité

Cette question avait pour but d'évaluer le ressenti des médecins quant à leur objectivité s'ils prenaient en charge un de leur proche.

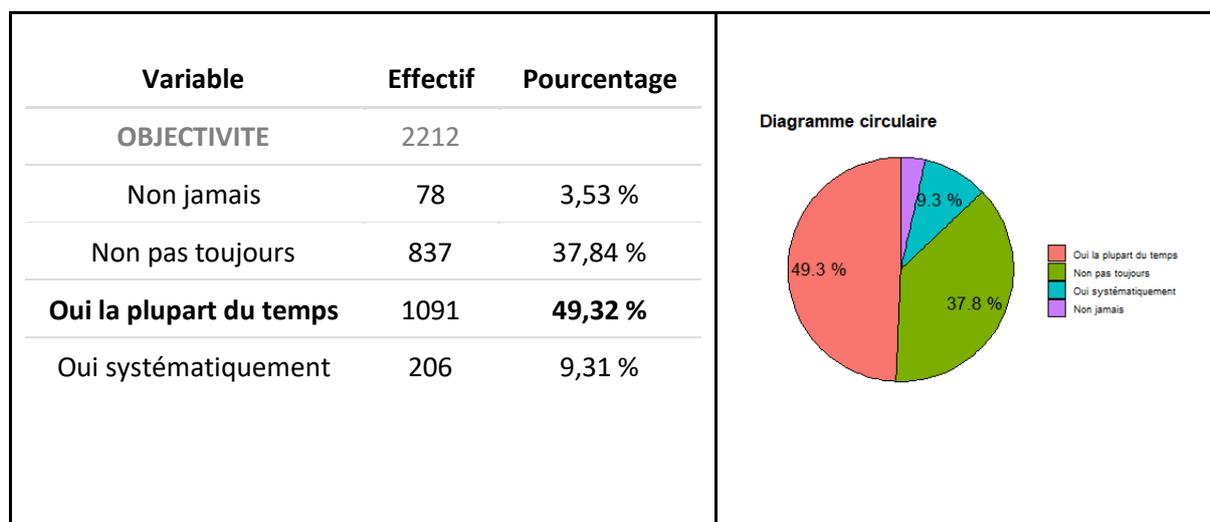


Tableau 14 : Maintien de l'objectivité

Les répondants estiment à près de 50 % maintenir leur objectivité la plupart du temps. Cependant plus d'un tiers de l'échantillon reconnaît ne pas toujours être objectif et plus de 3 % déclarent clairement de pas l'être. Seuls 10 % pensent être systématiquement objectifs.

c. Difficultés à respecter le secret professionnel

Il s'agissait ici de s'informer sur le respect du secret professionnel lors de la prise en charge d'un proche.

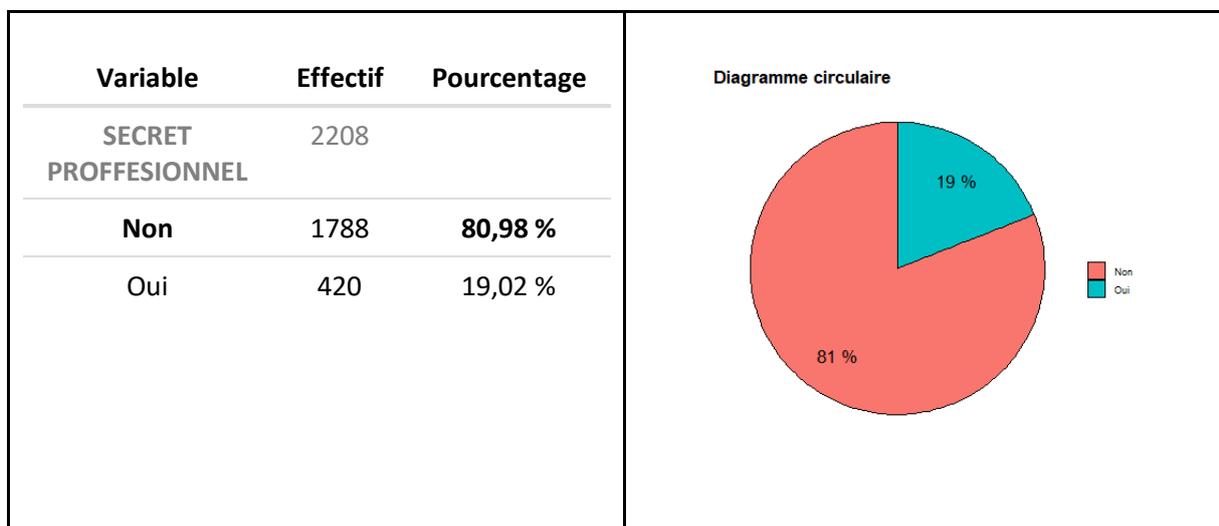


Tableau 15 : Difficultés avec le secret professionnel

La majorité des médecins répondent qu'ils n'ont pas rencontré de difficultés concernant le secret professionnel quand il soigne un proche.

d. Sentiment d'être forcé de prendre en charge un proche

Par cette question, il était recherché si les médecins répondants s'étaient déjà sentis dans l'obligation d'accepter la demande de soin d'un de leur proche.

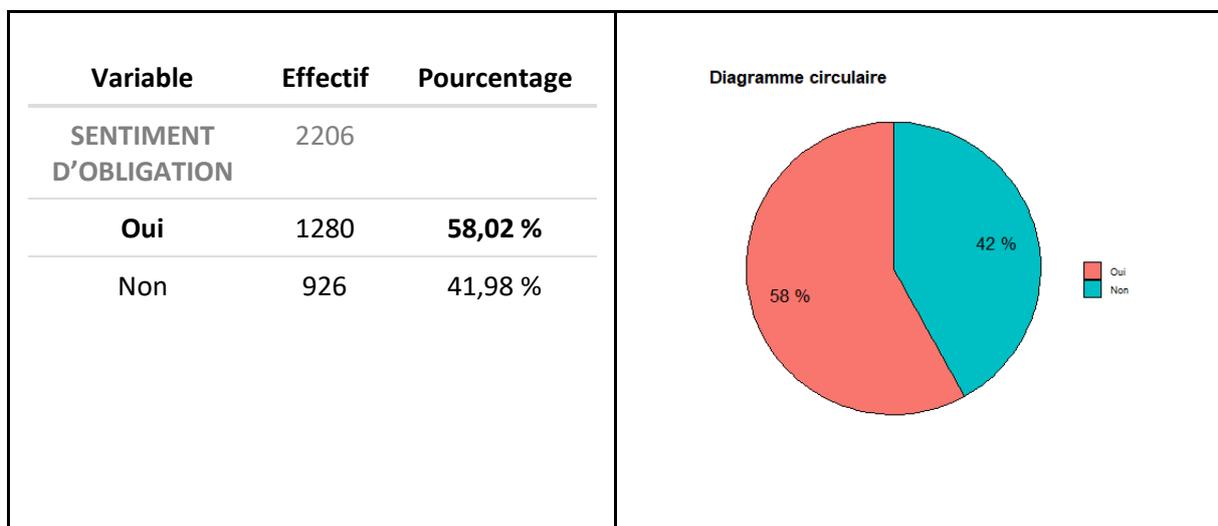


Tableau 16 : Sentiment d'être forcé de prendre en charge un proche

La majorité des médecins se sont déjà sentis forcés de prendre en charge au moins un de leur proche.

e. Difficultés avec un confrère

Cette question explorait les difficultés pouvant être rencontrées avec un confrère au cours de la prise en charge d'un patient.

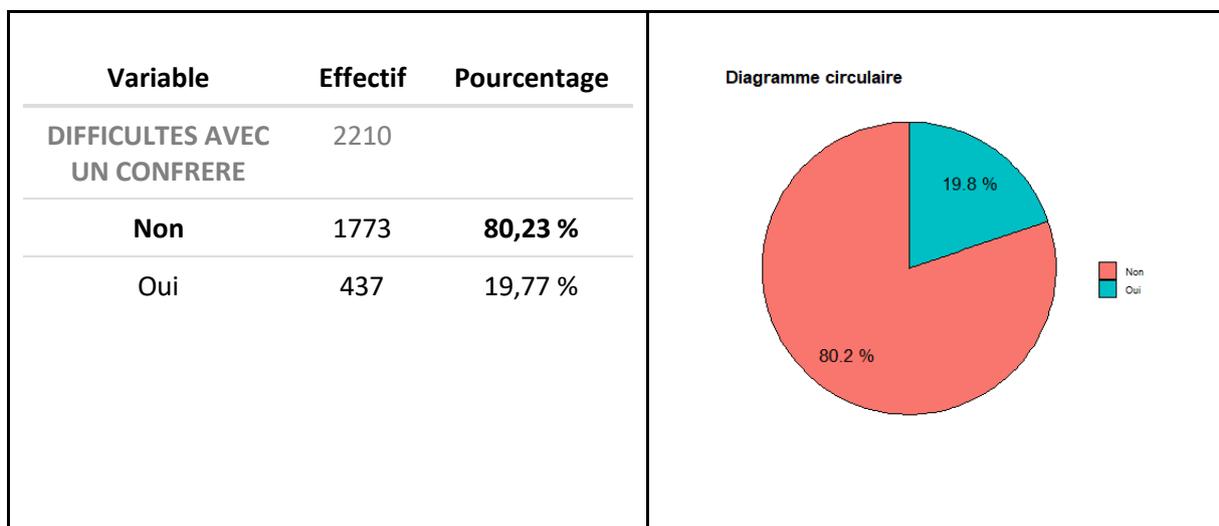


Tableau 17 : Difficultés avec un confrère

La majorité des médecins n'ont pas connu de difficultés avec un confrère en prenant en charge un de leur proche.

f. Situation conflictuelle au sein de la famille

Il importait ici de savoir si les médecins avaient rencontré une situation de conflit au sein de leur famille en prenant en charge un proche.

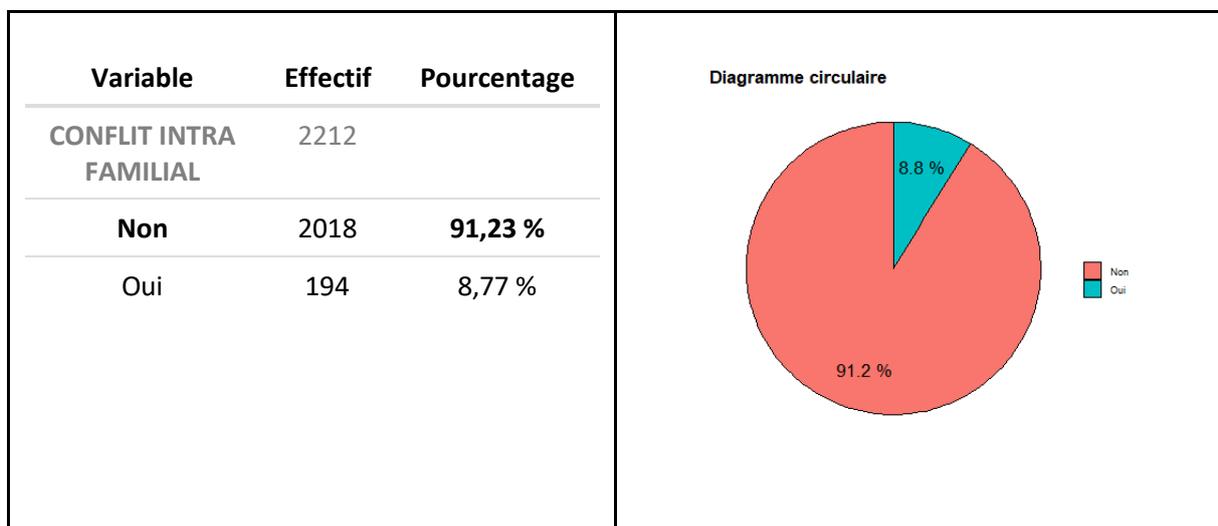


Tableau 18 : Difficultés au sein de la famille

La majorité des répondants ne semblent pas avoir déjà rencontré une situation menant à un conflit au sein de la famille en prenant en charge un ou plusieurs proches.

193 personnes ont détaillé des cas particuliers, ils seront étudiés plus loin.

g. Satisfaction(s) dans la prise en charge des proches

Il était demandé aux médecins s'ils pensaient que leur prise en charge contentait leur patient proche puis si eux-mêmes se sentaient satisfaits de cette prise en charge.

- Satisfaction supposée des proches

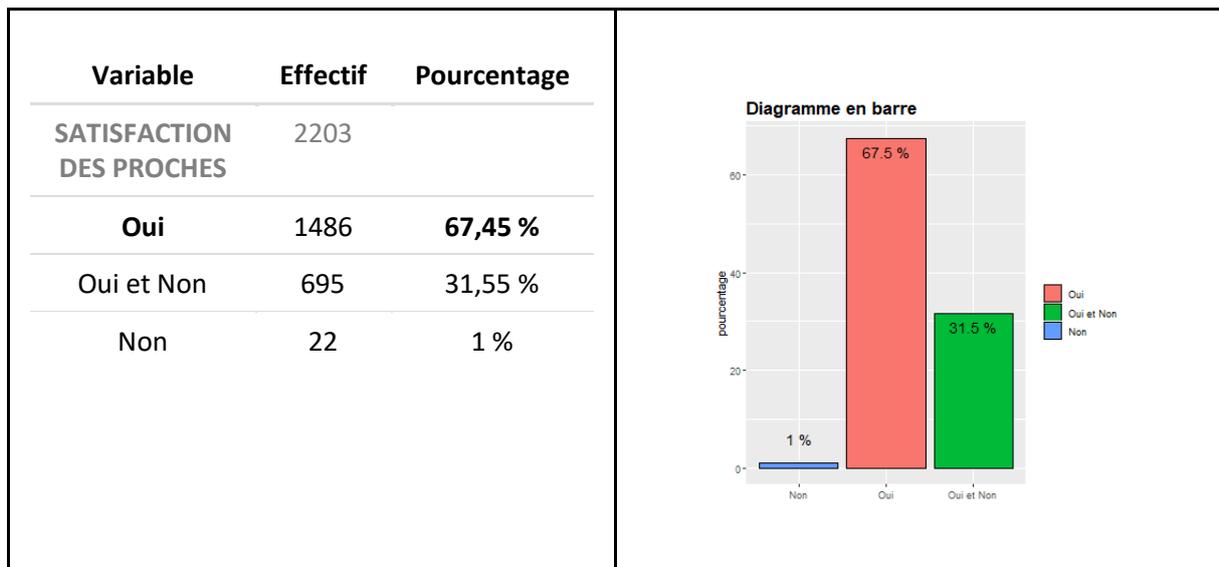


Tableau 19 : Satisfaction supposée des proches

La majorité des médecins pensent que leurs proches sont satisfaits de leur prise en charge. Toutefois, un tiers ne tranche pas et seulement 1 % estime que leur prise en charge ne satisfait pas leur proche.

- Satisfaction personnelle des médecins

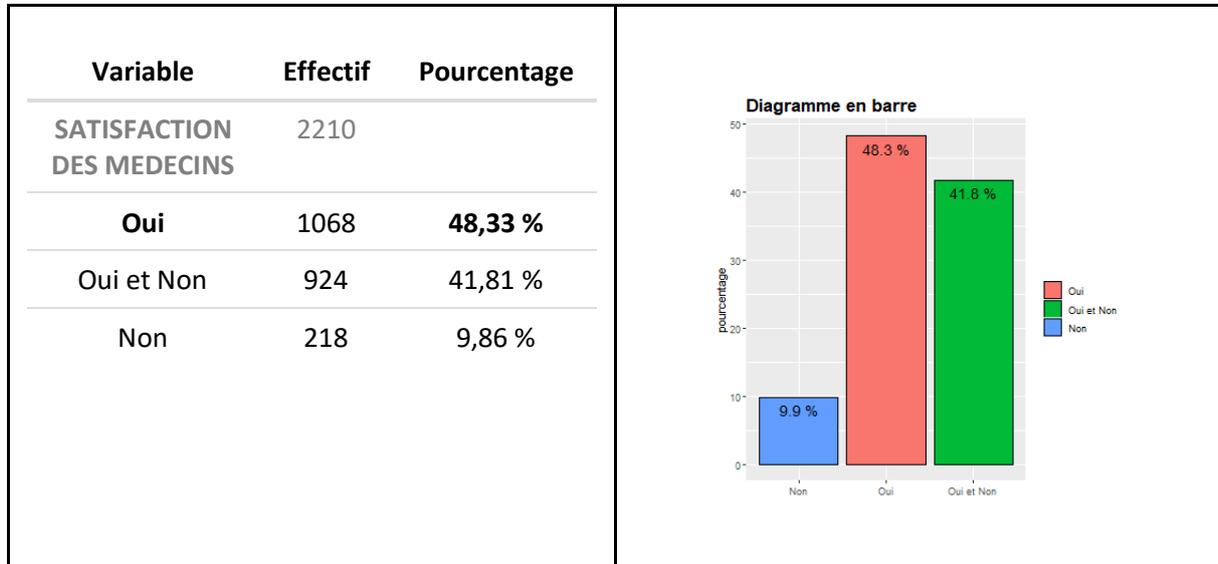


Tableau 20 : Satisfaction personnelle des médecins

Près de 50 % des médecins déclarent être satisfaits de leur prise en charge. Un pourcentage important (42 %) sont partagés et 10 % ne se considèrent pas satisfaits de leur prise en charge. Le questionnaire laissait la possibilité de s'exprimer et 1252 personnes ont rédigé un commentaire.

C. Analyse croisée simple

Nous avons cherché à savoir s'il existait une différence de pratique selon certaines caractéristiques des médecins. Pour ce faire nous avons testé l'indépendance des variables deux à deux à l'aide d'un test du Chi 2.

Au préalable nous avons fixé un cadre pour certaines données :

Concernant l'âge, nous avons choisi de retenir le seuil des 40 ans après avoir testé les différents seuils et observé que les différences allaient systématiquement dans le même sens passé cet âge-là. Pour mémoire voici la répartition des âges avant et après 40 ans :

Age	Effectif	Pourcentage
Inférieur à 40 ans	498	22,81 %
40 ans et plus	1685	77,19 %

Tableau 21 : Répartition selon la limite d'âge de 40 ans

Concernant certaines questions, nous avons effectué un regroupement des réponses afin de faciliter l'analyse :

- Le respect des étapes de consultation et la pratique de tout type d'examen clinique :

Oui systématiquement	OUI
Oui souvent	
Non pas toujours	NON
Non jamais	

- L'implication affective :

1	Plutôt gérable
2	
3	Plutôt ingérable
4	

- Le maintien de l'objectivité :

Oui systématiquement	OUI
Oui la plupart du temps	
Non pas toujours	NON
Non jamais	

Les résultats ci-dessous sont tous statistiquement significatifs au seuil alpha de 5%. Ils sont regroupés en annexe 7 sous forme de tableaux.

1. Demande de soin de la part d'un proche

Il n'existe aucune différence statistiquement significative selon les caractéristiques des médecins concernant le fait qu'ils aient reçu au moins une fois une demande de soin de la part de leur proche.

2. Attitude générale face à cette demande de soin

Pour les besoins de l'étude, nous avons séparé les différentes propositions du questionnaire pour effectuer une analyse deux à deux.

Parmi les médecins ayant répondu « **j'accepte volontiers** », on retrouve une proportion plus importante d'hommes (64,73% vs 40,14%), de médecins de plus de 40 ans (91,23% vs 72,23%) et de médecins ayant un autre médecin dans la famille (45,11% vs 39,79%).

Pour la proposition « **J'accepte si je suis le médecin référent ou traitant qui suit la personne habituellement** », on retrouve une proportion plus importante de médecins de plus de 40 ans (89,35% vs 73,94%) et de médecins participant à l'enseignement (43,23% vs 38,88%). Il n'existe pas de différences selon le sexe.

Parmi ceux ayant répondu « **j'accepte mais avec réticence et uniquement ponctuellement et pour des choses simples** », seule proposition à recueillir un maximum de « oui », on retrouve une proportion plus importante de femmes (59,88% vs 46%), de médecins ayant moins de 40 ans (30,13% vs 14,44%) et de médecins n'ayant pas d'autre médecin dans leur famille (60,84% vs 56,51%).

Pour la proposition « **J'essaye d'éviter mais cède face à une éventuelle insistance** », on retrouve une proportion plus importante de femmes (61,57% vs 50,91%) et de médecins de moins de 40 ans (29,11% vs 20,92%).

Enfin, les médecins ayant répondu « *J'évite au maximum et avec fermeté* » on retrouve, une proportion plus importante de femmes (64,44% vs 52,65%) et de médecins de moins de 40 ans (32,09% vs 22,21%).

3. Refus de prise en charge

Parmi les médecins ayant répondu avoir déjà refusé de prendre en charge un de leur proche, on retrouve une proportion plus importante de femmes (57,63% vs 45,88%) et de médecins plus jeunes (26,63% vs 16,65%).

4. Attitude générale lors de la prise en charge

Chez les médecins ayant répondu prendre en charge leur proche comme un patient normal, on retrouve une proportion plus importante de médecins de sexe masculin (52% vs 39,22%) et de médecins ayant plus de 40 ans (82,51% vs 69,75%).

A contrario, la proportion de médecins plus jeunes et de femmes est plus importante chez ceux qui ont une attitude soit maximaliste (32,28% vs 20,91% et 62,53% vs 51,54%) soit minimaliste (28,35% vs 21,68% et 59,75% vs 52,03%).

5. Respect des étapes d'une consultation

Parmi les médecins ayant répondu respecter habituellement toutes les étapes d'une consultation classique, il y a une proportion plus importante d'hommes (49,85% vs 41,84%), de médecins de plus de 40 ans (83,15% vs 68,5%) et de médecins participant à l'enseignement (40,66% vs 33%).

6. Pratique de tout type d'examen clinique

Il n'y a pas de différence selon le sexe. On retrouve dans le groupe des médecins ayant répondu pratiquer tout type d'examen clinique, des médecins de plus de 40 ans (85,74% vs 74,25%) et des médecins participant à l'enseignement (44,46% vs 35,15%)

7. Implication affective

Parmi ceux pour qui l'affect était plutôt gérable, on retrouve une proportion plus importante d'hommes (56% vs 37,08%), de médecins de plus de 40 ans (82,94% vs 71,39%) et de médecins participant à l'enseignement (40,79% vs 34%). On retrouve également dans ce groupe une part plus importante de médecins n'ayant jamais refusé de prise en charge (43,94% vs 30,92%). A l'inverse, les femmes, les médecins les plus jeunes et ceux ne participant pas à l'enseignement et ayant déjà refusé une prise en charge trouvent l'affect plutôt difficile à gérer voire ingérable.

8. Maintien de l'objectivité

Parmi les médecins pensant maintenir leur objectivité dans la prise en charge de leurs proches, on retrouve une proportion plus importante d'hommes (53,51% vs 36,91%), de médecins de plus de 40 ans (84,59% vs 66,85%), de médecins ayant un autre médecin dans la famille (43,39% vs 38,12%). Ce sont aussi des médecins trouvant l'affect plutôt gérable (71,7% vs 20,44%), n'ayant pas refusé de prise en charge (43,61%, vs 28,95%), respectant les étapes d'une consultation (71,35% vs 41,84%) et pratiquant tout type d'examen clinique (34,16% vs 12,29%).

9. Difficultés à respecter le secret professionnel

Parmi les médecins qui ont déjà rencontré des difficultés avec le secret professionnel en prenant en charge un de leur proche, on retrouve une proportion plus importante de femmes (61,67% vs 51,4%) et de médecins jeunes (29,98% vs 21,09%).

10. Sentiment d'être forcé de prendre en charge un proche

Parmi les médecins qui se sont un jour sentis forcés de prendre en charge un de leur proche, on retrouve une proportion plus importante de femmes (58,8% vs 45,61%) et de médecins plus jeunes (26,5% vs 17,69%), ainsi que de médecins ne participant pas à l'enseignement (64,59% vs 59,78%) ou n'ayant pas d'autre médecin dans leur famille (60,58% vs 56,28%).

11. Situations de conflit

○ Avec un confrère

Parmi les médecins ayant rencontré des difficultés avec un confrère lors de la prise en charge d'une proche, on retrouve une proportion plus importante de femmes (60,09% vs 51,69%) ainsi que de médecins qui sont le seul médecin de leur famille (66,82% vs 56,89%). Il n'y a pas de différence selon l'âge.

○ Au sein de la famille

Parmi ceux qui ont été confrontés à une situation de conflit au sein de leur famille, les femmes sont présentes en proportion plus importante (61,14% vs 52,7%). Il n'y a pas de différence selon l'âge ni les autres critères.

12. Satisfaction quant à la prise en charge d'un proche

○ Satisfaction supposée des proches

La majorité des médecins pensent que leurs proches sont satisfaits de leur prise en charge.

Parmi eux, les médecins plus âgés sont en proportion plus importante (79,02% vs 73,43%). Il n'y pas de différence selon le sexe. On retrouve également une proportion plus importante de médecins

pratiquant toutes les étapes d'une consultation (64,94% vs 47,38%) et tout type d'examen clinique (30,46% vs 14,27%).

Les médecins qui pensent que leurs proches ne sont pas satisfaits de leur prise en charge sont peu nombreux et on ne retrouve pas de différences statistiques significatives.

Parmi ceux ayant répondu « oui et non », on retrouve une plus grande proportion de médecins jeunes (27,02% vs 20,91%). Il n'y a pas de différence selon le sexe. On retrouve également une proportion plus importante de médecins ne respectant pas les étapes habituelles d'une consultation (52,95% vs 35,27%) et ne pratiquant pas tout type d'examen clinique (85,09% vs 70,17%).

- Satisfaction personnelle des médecins

La majorité des médecins sont satisfaits de leur prise en charge concernant leur proche.

Parmi eux on retrouve une proportion plus importante d'hommes (55,44% vs 38,43%) et de médecins plus âgés (83,79% vs 71,08%) ainsi qu'une proportion plus grande de médecins effectuant toutes les étapes d'une consultation (70,73% vs 48,38%) et tout type d'examen clinique (33,43% vs 17,4%). Il s'agit aussi des médecins trouvant l'affect plutôt gérable (71,25% vs 31,12%), pensant être davantage objectifs (78,93% vs 39,69%) et ayant rencontré moins de conflits autour de leur prise en charge que ce soit avec leurs confrères (86,22% vs 74,63%) ou avec leur famille (94,01% vs 88,64%).

Chez ceux qui ne sont pas satisfaits de leur prise en charge d'un proche, on retrouve une proportion plus importante de femmes (63,76% vs 52,23%), de médecins plus jeunes (37,85% vs 21,18%), de médecins pratiquant des consultations moins cadrées c'est-à-dire ne respectant pas nécessairement les étapes d'une consultation (68,35% vs 37,82%) et ne pratiquant pas tout type d'examen clinique

(94.44% vs 72.71%). Dans ce groupe, on retrouve également des médecins trouvant l'affect plutôt ingérable (85.32% vs 45.62%), se pensant moins objectifs (84.86% vs 36.61%) et ayant rencontré plus de difficultés avec d'autres médecins (32.41% vs 18.41%) ou au sein de leur famille (20.28% vs 7.52%).

Dans le groupe des médecins partiellement satisfaits de leur prise en charge, qui ont donc répondu « oui et non », on retrouve des différences similaires à celles observées dans le groupe des médecins non satisfaits de leur prise en charge de leur proche.

Les principaux résultats de notre analyse croisée sont regroupés dans le tableau suivant :

Items	Expressions du médecin	Critères principaux								Informations complémentaires
		Sexe		Age		Enseignement		Autre médecin dans la famille		
		Hommes	Femmes	< 40 ans	> 40 ans	Oui	Non	Oui	Non	
Satisfaction des proches	Oui									Ce sont des médecins qui respectent les étapes d'une consultation et pratiquent tout type d'examen clinique.
	Non	Pas de différence statistique								
	Oui et Non									
Satisfaction des médecins	Oui									Ce sont des médecins respectent les étapes d'une consultation et pratiquent tous les types d'examens cliniques. Ils pensent rester objectifs et n'ont pas été en situation de conflits avec leurs confrères ou leur famille. Ils trouvent l'affect plutôt gérable.
	Non									Ce sont des médecins qui ont du mal à gérer l'affect, qui ne respectent pas forcément toutes les étapes d'une consultation et ne pratiquent pas tous les examens cliniques. Ils pensent ne pas être objectifs et se sont déjà retrouvés en situation de conflit avec leurs confrères ou leur famille.
	Oui et Non									

Tableau 22 : Récapitulatif des données de l'analyse croisée simple

D. Analyse des commentaires

L'analyse des commentaires est un complément de notre enquête permettant aux médecins de s'exprimer plus librement.

Les propos des médecins sont repris entre guillemets de manière littérale sans modification de police ou autre.

1. Refus de prise en charge

La question posée était la suivante : « *Vous est-il déjà arrivé de refuser une prise en charge ? précisez* ».

Nous avons obtenu 1227 commentaires.

Réponse à la question	Nombre de commentaire
« Oui » (62,51%)	1134
« Non » (37,49%)	92
Pas de réponse	1

Tableau 23 : Répartition des commentaires selon la réponse (refus de prise en charge)

Parmi les médecins ayant refusé une prise en charge, on observe un **lien avec la situation clinique**.

Celle-ci était soit difficile : « *fin de vie* » « *addiction* » « *pathologie trop lourde* », soit plus simple en apparence : « *renouvellement d'ordonnance* » « *certificats* », soit non conforme à la déontologie « *certificats de complaisance* » « *faux* ».

Les « *demande abusive* », ou « *hors compétence* » sont souvent citées comme cause de refus. De manière parallèle, certains médecins citent des situations où il existe un cadre légal encadrant les soins aux proches : « *psychiatrique pour hospice ou tutelle évidemment* ».

Les refus de prise en charge peuvent aussi être en lien avec le **type de relation entre le médecin et son proche** sans plus de précisions : « *des amis* », « *ma mère* » ou « *selon le niveau relationnel avec la personne* » ; ou avec le **type de personnalité** du potentiel patient « *personnalité difficile* », « *des amis insoignables car ne suivant aucune prescription correctement* », « *si relation compliquée* », « *INCOMPATIBILITE D'HUMEUR* », « *terrain hypochondriaque* ».

Il existe des situations de refus de prise en charge en lien avec le **cadre de la consultation** : « *par téléphone ou messagerie* », « *sans examen clinique ni consultation* », « *demande tjs entre 2 dans l'escalier de régler tous ses problèmes médicaux* », « *TROP ELOIGNE EN DISTANCE* », « *refus du proche d'une démarche de « vraie » consultation* », « *lieu inapproprié* », « *QUAND PAS DE POSSIBILITE DE REEL SUIVI* ». Certains médecins manifestent un agacement quant à ces demandes dont le lieu et le temps sont inappropriés : « *parfois on nous demande avis sur le coin de la table pendant un repas il y en a marre !!!* », « *lorsque la demande est faite entre l'entrée ET le plat principal* ».

Certains médecins justifiaient leur refus de façon simple : « *pas envie / pas le temps* », « *par principe* », « *pas envie de m'impliquer* », « *je ne veux pas* ».

D'autres le faisait en citant les **difficultés rencontrées en soignant leurs proches** : « *trop complexe, trop d'affect* » « *manque d'objectivité* », « *pas assez de recul* », « *pas suffisamment de distance avec la personne, trop d'implication émotionnelle* », « *si cela peut induire un conflit relationnel* », « *si conditions de confiance non remplies* », « *trop de partialité* », « *culpabilité si erreur de ma part* ».

L'objectivité et la confiance sont les deux notions qui reviennent le plus souvent.

Il découlait de ces difficultés des **risques pour le patient-proche** « *quand je sais que cela portera préjudice au soigné* », « *risque inefficacité* », « *les conditions n'étaient pas bonne, c'eut été délétère dans le parcours de soin du patient concerné* ».

Le cas de **l'urgence** était bien différencié du reste : « *quand il n'y a pas de caractère d'urgence* », « *si urgence on fait* ».

La **frontière de l'intimité**, physique ou psychologique, marque souvent une limite : « *dans la limite du respect de l'intimité physique* », « *pathologie trop intime* », « *enfants : sexualité, prise en charge psychologique* », « *touchant à l'intimité corporelle* », « *pudeur examen gyneco* ».

Le **souci d'interférer avec le médecin traitant habituel** était un thème également récurrent : « *si je pense que la situation peut gêner le médecin traitant* », « *risque de mettre en difficulté le médecin traitant* », « *lorsqu'il existe un autre médecin impliqué* », « *demande court circuitant le médecin traitant* ».

Dans la continuité de cette idée les médecins renvoyaient souvent vers ce dernier : « *je renvoie vers le médecin traitant* », « *oriente vers le médecin traitant habituel* ».

Les médecins qui choisissent de refuser de prendre en charge un de leur proche gardent malgré tout une **oreille attentive à la demande** de celui-ci : « *j'incite à consulter ailleurs* », « *demande de consulter ailleurs* », « *je ne refuse pas mais oriente vers un confrère si je ne souhaite pas intervenir* », « *je les adresse à mon associée* ».

Et nombreux sont ceux qui se contentent **d'écouter et de conseiller** « *a part pour femme et enfants je refuse systématiquement de faire autre chose qu'écouter* », « *je donne souvent un simple avis sans*

faire de prise en charge », « j'oriente ». Les médecins souhaitent garder leur **rôle de proche** : *« je voulais rester un accompagnant, pas un soignant », « je voulais garder uniquement mon rôle d'épouse et le soutenir uniquement à ce titre », « pas à l'aise dans cette double relation d'amis et médecin qui entre dans l'intimité », « ce n'est pas mon rôle ».*

Certains médecins semblent avoir **clarifié** davantage le cadre de leur réponse auprès de leur proche : *« mes proches savent quand ils peuvent me demander », « je leur permets de m'appeler si otite du dimanche (et uniquement pour ce genre de problème) »* et d'autres continuent de le faire *« j'écoute, et je conseille d'aller voir le médecin traitant, en expliquant que je ne suis pas autant objective qu'avec le patient lambda », « j'explique le biais dans la relation médecin malade et le bien fondé de choisir quelqu'un de neutre ».* Malgré cela, le refus peut être **difficile à comprendre pour les proches** : *« incompréhension de toute la famille réunie ».*

Parmi les médecins n'ayant pas refusé de prise en charge, on retrouvait des situations d'**incapacité à dire non** : *« je ne sais pas dire non, ni aux proches, ni aux patients », « difficile de se détourner de la santé de ses proches ».* Le refus peut être perçu négativement par le médecin lui-même : *« refuser revient à rejeter (selon moi) ».* Certains médecins sont confrontés à un **chantage aux soins** de la part de leur proches : *« mon conjoint faisant du chantage à l'absence de soins si non prise en charge ».*

On retrouve également des situations où répondre à la demande de soin de la part des proches semble **normal** : *« si on me demande, c'est qu'on me fait confiance », « possédant un certain savoir je me sens obligé de répondre à la demande », « pourquoi refuser si je suis compétente ? », « je n'ai jamais vu de raison claire de refuser un avis ou une prise en charge plus complète », « dépannage ponctuel*

toujours ». Néanmoins certains soulignent « *je connais mes limites et je n'hésiterai pas à refuser si c'est trop compliqué ou si je pense que mes sentiments influent sur mon raisonnement* ».

Enfin, si le médecin est le **médecin traitant** du proche concerné, la prise en charge coule de source.

Il ressort de ces commentaires que les médecins refusent de prendre en charge leurs proches en cas de « *non-respect du cadre de soin* » ou du « *contrat de soin* » et s'ils ne sont pas le médecin traitant. S'il existe un « *AUTRE RECOURS POSSIBLE* », ils préfèrent se contenter conseiller et orienter. En cas de prise en charge, ils souhaitent « *donner au proche le même cadre de soin que n'importe qui* » ou prescrire « *des traitements qui pourraient être pris en automédication, sans examen préalable* ». En dehors du cas de l'urgence, un médecin propose la réponse suivante : « *prise en charge = examen médical, ça règle bien des problèmes* ».

2. Situation de conflit au sein de la famille

La question était la suivante : « *vous est-il déjà arrivé de vous retrouver dans une situation de conflit au sein de votre famille parce que vous preniez en charge un de vos proches ? Si oui, merci de détailler une situation* ». Nous avons obtenu 193 commentaires.

Réponse à la question	Nombre de commentaires
« Oui » (8,77%)	171
« Non » (91,23%)	22

Tableau 24 : Répartition des commentaires selon la réponse (conflit au sein de la famille)

Ce conflit découle de plusieurs situations. Parmi celles qui reviennent le plus souvent il y a l'incompréhension et la non-acceptation des proches du **refus** de la part du médecin à les prendre en charge : « *mes parents n'acceptent pas de ne plus m'avoir comme médecin traitant alors qu'ils habitent à 400 kms* », « *conflit suite au refus de prise en charge* », « *refus de prendre en charge non compris* ».

Il existe une **incompréhension** entre le médecin et les proches concernant différents aspects du soin : « *elle a mal compris que je ne me déplace pas* », « *le patient a eu l'impression d'être traité à la légère* ».

De cette incompréhension, peuvent découler des « *reproches* » de la part du patient et une « *culpabilisation* » du médecin.

L'incompréhension est grande quand le médecin se comporte différemment selon le proche : « *tu t'occupes de lui mais tu ne veux pas t'occuper de moi* ».

Certains proches cherchent à faire contourner le **secret professionnel** : « *ma belle-mère voulait des informations concernant sa tante dont j'étais le médecin traitant* », « *refus de casser le secret professionnel malgré questionnement* ».

Certains médecins mettent en avant la **confusion des rôles** dont ils sont victimes : « *sentiment d'être reconnu plus comme un fils plutôt qu'un médecin* », « *difficulté à faire valoir mon avis de médecin* », « *difficultés de la part du patient de faire la différence entre personnel et professionnel* ».

Les médecins se sont aussi heurtés à des « **demande envahissante** » ou des proches « *insistant* » ainsi qu'à des « **ABUS** » et la relation précédemment existante peut se détériorer : « *relation amicale de plus en plus distendue avec un ami qui me harcèle car il ne veut pas faire la queue dans un cabinet* ».

Les médecins rencontrent des difficultés avec l'**observance** des patients proches : « *conflit avec mon père qui ne suivait pas mes prescriptions* », « *difficultés à persuader le proche de suivre un conseil ou une conduite à tenir* », « *problème d'observance, de non-respect des conseils probablement lié au lien familial* ». Ils affrontent parfois à un **refus radical** : « *refus d'examens complémentaires et refus d'avoir un autre médecin traitant* », ou à la **remise en question de leur expertise** : « *mise en doute de mon diagnostic* », « *choix des correspondants remis en cause* », « *doute sur ma prise en charge* ».

La **jalousie** est un sentiment qui est apparu plusieurs fois dans différentes situations : « *jalousie de mon mari (...) (lui aussi médecin)* », « *jalousie, aurait voulu que je lui dise non* », « *jalousie de la part de leurs enfants à propos de l'influence que j'avais* ».

Il existe à nouveau une possibilité de chantage et parfois des risques pour le patient lié à un conflit préexistant « *un conflit personnel (...) a entraîné un retard diagnostic* ».

Enfin la **responsabilité** de l'annonce des mauvaises nouvelles peut elle aussi entrainer des reproches :
« *si vous annoncez une maladie grave ou de mauvais résultats à un proche c'est comme si c'était de votre faute, ce qui modifie sensiblement la relation* ».

Il apparait une nécessité plus grande de **justifier** sa prise en charge : « *PRESSION, questions incessantes, justification de la PEC...* », « *nécessité d'expliquer, argumenter* », « *rendre des comptes* ».

Le conflit peut également naitre de l'**insatisfaction** d'un côté comme de l'autre : « *demande de la famille d'être jusqu'au boutiste sans tenir compte du patient* ».

Les mauvais résultats qui résultent d'une erreur ou non sont aussi une source de reproche
« *contraception mal prise et grossesse non désirée, conflit* ».

<p>En conclusion, les conflits au sein de la famille naissent souvent d'une incompréhension entre le médecin et son proche quant à ses choix de prise en charge, que celle-ci soit effectuée ou non.</p>
--

3. La satisfaction des médecins

La question était : « *globalement diriez-vous que vous êtes satisfait de votre prise en charge de vos proches ? Expliquez* ».

Nous avons obtenu 1252 commentaires.

Réponse à la question	Nombre de commentaires
« Oui » (67,45%)	410
« Non » (1%)	152
« Oui et Non » (31,55%)	688
Pas de réponse	2

Tableau 25 : Répartition des commentaires selon les réponses (satisfaction personnelle des médecins)

Parmi les médecins qui ne sont pas satisfaits ou qui le sont moyennement, on retrouve une **perte d'objectivité** en lien avec la mise en jeu de l'affect : « *trop d'affect qui mène à des examens souvent inutiles* », « *problème d'objectivité et hyper-implication émotionnelle* », « *l'affectif peut gêner l'objectivité* ». On retrouve également un « **malaise** concernant certaines parties de l'examen clinique pouvant entraîner un moins bon examen », « *le manque de distance soignant/soigné est un vrai handicap* ».

La situation est « frustrante » pour les médecins qui sont « *inutilement inquiet* », ont plus de « **Crainte de se tromper ou de mal faire** » qu'avec un patient normal : « *je fais les choses à moitié* ». Ils voient dans cette prise en charge une « *source de stress et anxiété* » importante. Ils sont plus sujets au « *doutes* » et ont **moins confiance** en leurs capacités : « *j'ai moins confiance en moi* ». Il semble difficile

de trouver la bonne attitude : « *attitude parfois trop minimaliste ou au contraire trop maximaliste* ». Certains font preuve de moins de « *patience avec les proches* ».

Certains rencontrent des **difficultés à exprimer leur refus** : « *je suis tout le temps mal à l'aise et je n'arrive pas à dire non* », « *certains de mes proches se sentent abandonnés quand je leur dis non* », « *je n'arrive pas à refuser leur prise en charge mais au fond de moi j'aimerais que ce soit un autre médecin* ».

Ils sont contraints de travailler alors que les **conditions pratiques ne sont pas réunies** : « *ni le lieu ni le temps ni le matériel ni l'impartialité, bref peu efficace* », « *la prise en charge devrait toujours se faire au cabinet avec le contexte habituel, c'est rarement le cas* », « *c'est de la médecine faite sur un coin de table, j'ai horreur de ça..* ». Cette pratique peut représenter une **charge de travail supplémentaire** : « *j'aimerais bien ne travailler que pendant mes horaires de consultations* », « *jamais tranquille en réunion de famille !* ».

Ils leur arrivent de se sentir **pris en otage par ces demandes** « *je le fais par obligation* », « *ras le bol des appels conseils médicaux du Week end, quand tu essaies de penser un peu à autre chose... !* » qui viennent perturber leurs temps de repos. De plus, le « *problème de démographie médicale* » ne permet pas toujours d'avoir accès à un confrère pour passer la main. Certains aimeraient changer leur manière de faire mais « *c'est trop tard car l'habitude est prise* », « *ils sont les plus mal soignés de tous mes patients ! mais ils ne veulent que moi !* ».

Tous ces éléments amènent à une « **responsabilité trop lourde** » à porter pour certains à laquelle vient se rajouter un « *manque de compréhension des proches* » et une **difficulté à faire appliquer ses décisions** : « *les décisions sont parfois mieux acceptées si c'est un autre médecin qui les préconise* », « *pas facile d'avoir une bonne observance des patients* », « *on ne peut pas tout dire* ». Cette difficulté

peut découler du double rôle de soignant et de proche qui coexiste chez le médecin : « *on ne sait jamais si le patient à entendu ou vu le médecin ou le proche* ».

Un médecin écrit : « *les gens que j'aime ne peuvent pas être malade !* » révélant toute la **difficulté de faire face à la maladie d'un proche** en tant que soignant.

Il semble y avoir un gradient de satisfaction **selon la gravité de la situation clinique** : « *oui car ce sont généralement des problèmes simples. Non s'il s'agit de problèmes plus complexes car manque d'objectivité* ».

Parmi les médecins qui sont satisfaits, on retrouve des « *prise en charge uniquement pour des choses simples, du coup pas de problème !* ». Certains estiment que c'est « *une reconnaissance de ce que l'on est* » de la part des proches et trouvent **logique** cet échange : « *j'aime utiliser les compétences de mes proches et en contrepartie j'aime les aider avec les miennes* ». D'autres semblent avoir réussi à « *mettre la bonne distance* » ou à **instaurer un cadre** propice aux bons soins : « *au sein de mon cabinet médical les soins sont identiques pour tous* », « *je pratique une dichotomie totale* », « *à mon bureau il est facile de garder la tête froide et de rester professionnel* ».

Certains médecins rapportent des **expérience positives** et des avantages à soigner ses proches : « *j'ai fait face avec succès à des situations médicales délicates, l'intérêt est que je peux les avoir sous les yeux tout le temps nécessaire* », « *après de nombreuses années d'expérience, j'essaie maintenant de rester objectif* ». D'autres sont satisfaits de leur prise en charge car ils ne le sont pas toujours de celle de leurs confrères : « *je suis rarement satisfaite quand je vois un confrère* », « *je me fais plus confiance qu'à des confrères* ».

Ces médecins satisfaits ont instauré « **respect mutuel et dialogue permettant d'optimiser le choix du médecin à solliciter** ». Ils ont la chance d'avoir des proches qui « *n'abusent pas* » et reconnaissent qu'il « *faut un bon relationnel* ».

Le fait de fournir des « *conseils et un accompagnement sur le trajet des soins* » semble la situation la plus satisfaisante : « *je me limite toujours à une **activité de conseil et d'orientation*** », « *j'agis en tant qu'expert : j'apporte des explications et des détails, pour compléter les informations délivrées par le médecin* ». Ces médecins savent passer le relais : « *je sais lorsque je dois passer la main* ».

Un médecin reconnaissait « *le caractère déstructure de la consultation* » mais le compensait par « *une meilleure connaissance du patient* ».

Parmi ce groupe de médecins, on retrouve des « *satisfaite mais contrainte* » et des médecins attentifs à certaines conditions : « *si la confiance du proche est totale* ».

Il y a aussi ceux qui sont **réalistes sur les risques de cette pratique** : « *oui car ils n'ont pas de problème de santé* », « *jusqu'ici tout va bien... mais j'attends l'erreur qui mettra fin à ces prises en charge* », « *en même temps, je n'ai pas eu de pathologie lourde à traiter* ».

Enfin, il y a ceux qui sont satisfaits de leur refus de fournir des soins à leurs proches : « *je ne prends pas en charge mes proches : j'en suis très satisfaite, mais pas eux !* ».

Il est à noter que certains médecins semblent prendre conscience de la situation : « *en fait non, cela ne me va pas du tout* », « *manque d'objectivité. D'ailleurs je vais de ce pas trouver un médecin pour mes enfants* ».

En conclusion, la satisfaction est un sentiment très personnel qui est variable selon le contexte : « situations très hétérogènes... personnalité, motif de consultation etc... ». La plupart des médecins ayant commenté cette question ont conscience que « la relation de proximité est un avantage possible, mais un inconvénient certain ». Les médecins sont plus à l'aise dans des situations ponctuelles, bien cadrées : « à cadre clair objectivité atteignable ». L'expérience semble jouer un rôle important dans la gestion de la prise en charge des proches : « prise en charge identique à un patient classique. C'est plus facile avec l'expérience ».

4. Les conseils pour faire face à cette pratique

La question était « *que conseillerez-vous à un jeune médecin qui s'interroge sur cette pratique ?* ».

86,1% des médecins ont répondu à cette question pour un total de 1908 commentaires.

Nous avons catégorisé les différentes réponses pour faciliter la lecture.

➤ La position « à éviter ou à cadrer au maximum » :

Nombreux sont les médecins à se positionner plutôt contre la pratique consistant à soigner ses proches. Mais reconnaissant que cette position tranchée peut être difficile à appliquer, ils formulent des conseils dont le but est de limiter les soins fournis aux proches : « *refuser autant que possible* », « *palier aux urgences* », « *exceptionnellement* ».

Il faut « *être bien conscient que ce lien affecte notre jugement* » et **s'informer sur le sujet** « *lire les reco, bien réfléchir avant de s'engager* » et « *ne jamais cesser de s'interroger* »

Si on décide de répondre à la demande de soin des proches, les médecins suggèrent de poser des « *limites* », de faire preuve de « *prudence* », d'être « *ferme* » et de **fixer des « règles du jeu claires dès le départ** ». Pour ce faire un médecin propose « *de trouver à l'avance des réponses/répliques pour désamorcer avec humour mais fermeté une demande de soin* ».

Une fois cette prise en charge amorcée, les médecins mettent en avant la nécessité de « **rester objectif** », de « *faire comme avec tout patient* », « *sois prudent critique et consciencieux* », « *rester professionnel* », « *gérer les proches au cabinet* », « *rester méthodique* », « *refuser les demandes ponctuelles si l'examen clinique n'est pas possible* ». Un médecin propose de « *soigner chaque patient*

comme un membre de sa famille et vous ne ferez aucune différence ». Certains insistent sur des aspects bien particuliers de la pratique : *« surtout veiller au respect du secret médical »*.

D'autres mettent en avant la nécessité de **faire comprendre aux proches leurs difficultés** à les soigner *« mettant bien en évidence cette surcharge émotionnelle », « expliquer sa position »*. D'autres suggèrent un partage d'expérience avec des confrères : *« discussion en groupe de pair », « on peut en parler avec des médecins plus âgés »*.

Cette limitation des soins fournis va de pair avec le fait d' **orienter vers un collègue médecin** » pour que *« la prise en charge globale soit faite avec le médecin traitant »*, de *« s'entourer d'autres professionnels »*, de **prôner le médecin traitant** et aider ses proches à en trouver un ». *« Passer la main »* nécessite de *« faire confiance au médecin traitant du proche »* et de *« savoir dire non »* et *« de ne pas s'en mêler »*.

➤ La position « refuser ! »

Sans plus d'explications, plusieurs médecins formulent le conseil de refuser fermement : *« dire non ! »*, *« jamais s'occuper de ses proches »*, *« PAS TOUCHE »*, *« botter en touche »*, *« NE PAS ETRE LE MEDECIN TRAITANT »*.

D'autres justifient cette position par la **nécessité de « se protéger »** et mettent en avant qu'il s'agit d'un *« engrenage terrible à stopper »*

Un médecin mettait en avant la nécessité de **formuler ce refus « dès le départ »** et de *« rester ferme car par la suite plus possible de faire marche arrière »*.

D'autres prônaient l'« *abstention le temps que l'expérience s'acquière* », « *d'attendre d'avoir assez d'expérience* ».

Ce refus de soin se doit d'être expliqué : « *fermeté à refuser à prendre en charge les proches, en leur expliquant pourquoi* ».

Plusieurs médecins suggèrent une solution radicale : « *s'installer loin de sa famille* », « *pars vite, pars loin* » ou une solution pratique : « *ne pas avoir sa mallette sur soi est une option qui dédouane beaucoup* ».

➤ La position « *comme il le sent* »

Certains médecins sont conscients du fait qu'il s'agit d'un **choix personnel et variable** selon la situation, qu'« *il n'y a pas de règle absolue* ». Ils suggèrent de ne soigner ses proches « *que s'il le sent* », « *selon son ressenti* » et « *de faire de son mieux* », « *selon sa conscience* » ou encore de « *laisse parler ton intuition* »

Les médecins ont souvent mis en avant la nécessité de « **bien réfléchir avant d'accepter** » et de « *connaître ses limites* ». Ils suggèrent de « *conserver plutôt la position de membre de la famille ou amis* ».

On peut rajouter dans ce groupe les médecins qui ont notifié le fait qu'ils n'avaient « *aucun conseil* » à donner.

➤ La position « Ok pour la bobologie »

Plusieurs médecins proposent de « **se limiter aux petits soins** et passer la main au-delà », « dépanner **de façon exceptionnelle** », « aider ses proches pour de petits soins mais déléguer à un médecin qu'on ne connaît pas », « n'intervenir que ponctuellement sur de la petite pathologie si besoin », « répondre à une demande ponctuelle ou un avis », « ne soigner que les proches qui ne sont pas malades ».

➤ La position « les soigner »

« A quoi cela sert-il de soigner des inconnus si l'on peut aider ses proches ? ».

Un médecin propose : « **il faut essayer**, on peut faire de bonnes choses pour nos proches ».

Un autre « **ne pas se poser trop de questions** existentialistes, ce ne sont pas les patients les plus tordus ».

D'autres laissent entendre qu'on ne peut pas se défaire de notre **fonction de médecin** : « vas-y ou alors change de sacerdoce », « on est médecin totalement ».

Certains médecins le formulent même comme **un devoir** : « *il doit s'occuper de ses enfants et de son conjoint, c'est le minimum* ».

Enfin plusieurs médecins pensent qu'« on est **capable** de prendre en charge nos proches en restant *objectif et consciencieux* » et si ce n'est pas le cas, on retrouve la suggestion suivante : « *essaye d'être maximaliste* ».

➤ Humour et pragmatisme

Un médecin propose avec humour « *de faire le contraire de ce que je fais* », un autre met en garde : « *fais gaffe c'est un piège* », et plusieurs suggèrent de « *lire cette thèse* ».

Un médecin met en avant l'éventuelle nécessité d'une « *législation plus explicite (...) pour protéger le médecin de membre de famille exigeant* ».

Un médecin pragmatique propose « *de vérifier son assurance professionnelle* ».

Deux médecins conseillent de « *faire une psychanalyse* ».

Un dernier fait une remarque générale sur ce sujet : « *c'est curieux car c'est une problématique qui n'était pas abordée il y a des années* ».

En conclusion, ces commentaires vont en majorité dans le sens d'une limitation des soins fournis aux proches. Mais devant un refus total quasi impossible à formuler, ils suggèrent des conseils basés sur le fait que « *les sentiments peuvent altérer le jugement* » : rester objectif et professionnel, être très prudent, fixer des limites claires. « *Hors situation d'urgence* » ce « *choix personnel* » à « *faire au cas par cas* » doit se faire selon son ressenti et « *son instinct* » et après une phase de réflexion. Quand on traite un proche, il faudrait « *suivre son bon sens* ». Une position revenant souvent est « *ne pas être médecin traitant de ses proches, mais répondre aux sollicitations par conseils et orientation* » ou « *ne jamais soigner ses proches, sauf urgence bien sûr ! mais en prendre soin oui !!!* ». Enfin un médecin résume : « *la question finale est : cette personne sera-t-elle mieux soignée si c'est par moi, aussi bien que par un autre médecin* »

DISCUSSION

A. Forces et faiblesses de l'enquête

1. L'échantillon

L'enquête par mail constitue un biais de sélection puisqu'il nécessite que les médecins possèdent une adresse mail et l'utilisent régulièrement. Néanmoins, ceux-ci représentant une large majorité aujourd'hui (60), on peut considérer que c'est un mode de diffusion qui permet logiquement de toucher un maximum de praticiens. Un autre biais de sélection est représenté par le fait que notre enquête exploite la mailing list utilisée par Espace Médecine (fmc ActioN, A2FMn FMF), liste non exhaustive des médecins généralistes français. Enfin, il existe un biais de déclaration. En effet le répondant peut sans le vouloir orienter ses réponses en fonction de ce qu'il pense être attendu.

On peut se poser la question de la représentativité de notre échantillon. En effet, on peut imaginer que les médecins qui ont répondu à notre questionnaire sont particulièrement sensibles à cette problématique qui en aura peut-être laissé d'autres indifférents.

Néanmoins le nombre élevé de réponses (8,97%) nous laisse penser que le sujet est relativement universel et intemporel.

Le sujet a été bien reçu dans l'ensemble et les médecins se sont montrés intéressés par les résultats. J'ai reçu de nombreux retours favorables quant au sujet, des remarques globalement positives sur le questionnaire et des partages d'expériences par mail. J'ai également reçu une proposition de remplacement ...

Il est intéressant de noter que si la majorité des réponses arrivaient à des heures classiques de la journée, et de la soirée, un nombre important arrivait à des heures tardives de la nuit ou au contraire très matinale nous montrant peut-être le rythme effréné de certains ou les difficultés de sommeil de nos confrères.

2. Le questionnaire

Le nombre élevé de réponses a montré l'intérêt pour le sujet et a aussi rendu l'analyse plus longue que prévue.

La majorité des questions sont fermées à choix unique ou multiple pour les besoins de réaliser une analyse quantitative. Ce mode de questionnement entraîne un biais de simplification évident forçant parfois les médecins à choisir entre des propositions peu variées et pour lesquelles ils auraient préféré pouvoir exprimer plus de nuances.

La question du pourcentage de proches soignés a été mal formulée laissant la plupart des médecins incapable d'y répondre. Cette question n'a pas pu être analysée.

L'analyse des commentaires est un supplément dans notre enquête. Elle introduit une part de subjectivité par ses possibilités d'interprétation. De plus, leur analyse a été effectuée sans l'aide d'un logiciel de codage. Néanmoins, l'apport des commentaires permet d'affiner l'analyse tout en accordant aux médecins la possibilité de s'exprimer plus librement, de formuler un avis ou une opinion ou de justifier leurs réponses. Nous n'avions laissé que quatre questions ouvertes afin qu'il n'y ait pas de phénomène de lassitude au fur et à mesure du questionnaire. Malgré cette limitation, nous avons obtenu un très grand nombre de commentaires, montrant que les médecins ont beaucoup à dire sur le sujet et il est important de noter l'honnêteté dont font preuve beaucoup de confrères dans leurs remarques (on peut imaginer qu'il n'est pas simple de reconnaître que l'on manque d'objectivité ou que l'on pratique des consultations incomplètes lorsque l'on soigne ses proches).

3. Comparaison à la population générale de médecins généralistes

En France, en 2018, l'atlas de la démographie médicale du CNOM (61) recensait 87 801 médecins généralistes en activité. Notre échantillon représente donc 2,52% de cette population.

Les femmes sont majoritaires dans notre échantillon avec 53,37% de l'effectif. A l'inverse, elles représentent 48,2% des effectifs des médecins généralistes en activité régulière au 1^{er} janvier 2018 (61).

L'âge moyen de notre échantillon est de 50,7 ans. A titre de comparaison, l'âge moyen des médecins généralistes en activité régulière était de 50,6 ans au 1^{er} janvier 2018 (61).

La répartition des âges est la suivante :

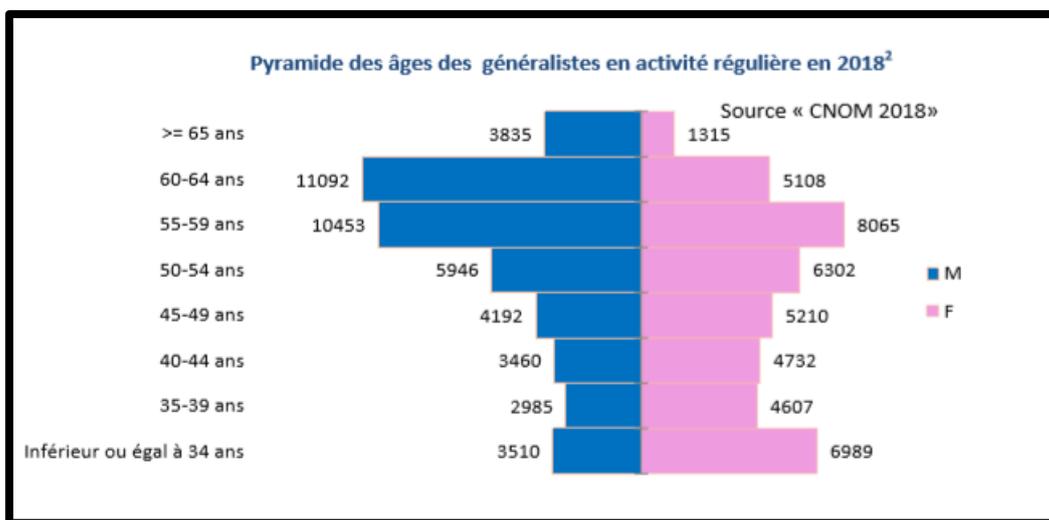


Figure 7 : Pyramide des âges du CNOM en 2018

Celle de notre échantillon est représentée ci-dessous :



Figure 8 : Pyramide des âges de notre échantillon

Chez les hommes, la tranche d'âge la plus représentée dans notre échantillon est celle des 60-64 ans, comme dans la population des généralistes en activité. Chez les femmes, la tranche d'âge la plus représentée est celle des moins de 35 ans alors que dans la population des généralistes en activité c'est celle des 55-59 ans.

La répartition selon les régions est tout à fait différente dans notre échantillon et dans la population des généralistes en 2018 (61). Cette particularité est liée au fichier mail plus ou moins bien renseigné et aux habitudes de réponse des médecins aux questionnaires.

Enfin, le mode d'exercice dominant est le libéral, dans la logique du fait que notre échantillon ciblait les médecins généralistes.

On note aussi que dans notre échantillon, la population de médecins enseignants est largement surreprésentée puisqu'ils sont 37.43% des répondants à participer à l'enseignement. Ils ne sont qu'environ 12% dans la population générale des médecins généralistes à l'échelle nationale (62). Ce phénomène est lié au fait qu'ils sont présents en grand nombre sur la mailing list utilisée.

B. Principaux éléments de l'enquête

1. La notion de légalité

Nous l'avons vu, en France, il n'existe pas de règles officielles clairement établies pour entourer les soins que les médecins généralistes pourraient fournir à leurs proches. Certains textes donnent une orientation sur le sujet tout en laissant à chacun la liberté de les interpréter à sa guise.

Plus de la moitié des médecins ont répondu ignorer les règles autour de cette pratique particulière. Ils choisissent donc de soigner ou non leur proche sans idée du cadre dans lequel ils exercent. Mais nous avons pu observer que, sans le savoir, ils avaient tout de même une idée assez précise de certains textes. Plus de 70% ignoraient que le code civil et le code pénal ne réglementent pas le fait de soigner ses proches. **Ainsi les médecins prennent en charge leurs proches sans véritable notion de légalité ou d'illégalité.**

Cette pratique débute très tôt, souvent sans que le futur médecin ne s'en rende compte car les demandes des proches peuvent survenir dès le tout début des études médicales (4,5). On prend ainsi des habitudes et nos proches aussi sans se poser davantage de questions et sans établir une réflexion sur le sujet. Et quand, des années plus tard, la compétence professionnelle est enfin acquise, ces habitudes sont déjà bien ancrées et le jeune médecin est souvent déjà engagé dans la prise en charge de ses proches. Ainsi, au moment où l'on pourrait se positionner pour ou contre cette pratique, le choix est en réalité déjà fait. A ce moment-là, faire marche arrière et limiter la prise en charge de ses proches est non seulement difficile à faire valoir pour le médecin mais également difficile à admettre

pour le proche. L'éventuel sentiment de rejet (22) que pourrait ressentir le proche et le conflit (9) qui pourrait en découler peut effrayer le médecin (11) et ainsi l'empêcher de se positionner librement.

Devant la grande liberté laissée au médecin par la législation, **il y a donc une nécessité de se questionner sur cette pratique le plus tôt possible et de se fixer un cadre rapidement**. En gardant à l'esprit que celui-ci est susceptible d'évoluer au fil du temps et de l'expérience.

2. La demande de soins et la réponse des médecins

La demande de soins de la part des proches quand on est médecin généraliste est un phénomène fréquent puisque seuls 8 médecins de notre échantillon ont répondu ne pas y avoir été confrontés. En étudiant de plus près leurs réponses, on s'aperçoit qu'ils ont tous répondu « *je prends parfois en charge* » pour au moins une catégorie de proches. L'ensemble des médecins généralistes de notre échantillon a donc été confronté au moins une fois à cette demande de soin. Il s'agit donc d'un phénomène universel.

On note une **volonté globale de la part des médecins de répondre à la demande de leurs proches** avec plus ou moins de restrictions. En effet, la réponse la plus souvent choisie était « *j'accepte mais avec réticence et uniquement pour des choses simples* » et celle la moins choisie était « *j'évite au maximum et avec fermeté* ». Nos résultats montrent aussi que plus d'un tiers des médecins n'ont jamais refusé de prise en charge quelle qu'elle soit et quel qu'en soit le demandeur.

Il existe donc une volonté de ne pas rejeter en bloc des demandes des proches, ce que l'on peut imaginer comme étant contre nature pour le médecin chez qui le désir d'aider, de rendre service et de soigner est en principe l'essence même de son métier.

Pourtant nous l'avons vu, nombre de situations sont à risques de difficultés tant pour le médecin que pour le proche dans son parcours médical. La capacité à refuser nécessite de savoir dire « non ». Ce « non » est indispensable dans notre pratique (63) quotidienne, afin de s'opposer aux demandes multiples et parfois infondées des patients. Si s'opposer à une demande n'est pas toujours aisé face à un patient non proche, cela semble se renforcer face à un proche même si le médecin est conscient des désagréments que cela peut apporter. Les raisons pour formuler ce « non » sont pourtant nombreuses et citées par les médecins eux-mêmes : le manque d'objectivité, les mauvaises conditions pratiques et techniques, la perturbation du raisonnement médical par la mise en jeu de l'affect, la perte d'informations, les demandes abusives ...

Ce refus peu formulé, mais qui semble nécessaire, n'empêche pas d'être à l'écoute des demandes des proches et de se placer plutôt en conseiller et en guide dans le système de soin pour les accompagner en tant que proche informé (64) et pas en tant que soignant.

Par ailleurs on constate une **différence d'attitude selon le proche concerné.**

Les enfants sont les proches pris le plus souvent en charge. La structure familiale et la présence des enfants au domicile du médecin favorisent sans doute cette prise en charge (65). De plus, on retrouve dans la littérature, une gêne de la part des parents médecins à consulter un confrère pour leurs enfants pour des pathologies jugées simples (7).

La proximité familiale est sans doute la raison pour laquelle les conjoints, eux aussi présents au domicile, sont également pris en charge plus régulièrement même si la proposition dominante pour eux reste « *je prends parfois en charge* ».

Cette proximité géographique et le côté pratique de la situation est peut-être responsable aussi du fait que les médecins sont souvent déclarés comme le médecin traitant de leurs enfants et de leur conjoint. Ce n'est en revanche pas le cas pour le reste de la famille.

Ce rôle de médecin traitant est à nouveau majoritaire pour les amis. La distance émotionnelle entre un médecin et un proche ami est sans doute plus grande qu'avec un proche issu de la famille immédiate. On peut donc imaginer que la proximité affective est plus facile à gérer dans ce cas et qu'un cadre professionnel est plus simple à instaurer (8).

3. La prise en charge des proches en pratique

La majorité des médecins pensent soigner leur proche comme un patient normal. Malgré cela, les **consultations restent incomplètes** puisque, si la majorité des médecins en respectent les étapes, seuls un quart d'entre eux pratique tout type d'examen clinique. Cette limitation peut être en lien avec la mise en jeu de l'intimité et de la pudeur qui en découle et risque de nuire au soin. En effet, certains aspects de la santé peuvent être passés sous silence alors qu'ils seraient utiles au soin. Les informations peuvent se perdre ou être supposées par chacune des deux parties. La communication peut s'en trouver altérée or elle est indispensable pour effectuer des soins de qualité.

On observe à nouveau une **différence selon les proches concernés** :

Les proches immédiats, à savoir enfants, conjoints, et famille proche, sont majoritairement pris en charge en dehors du cabinet et des horaires habituels de consultations. Il s'agit donc d'une prise en charge effectuée avec un matériel restreint et dans des conditions techniques possiblement limitées. Il s'agit également d'un moment où le médecin est en dehors de ses horaires de travail (le soir, le week-end) et où celui-ci est peut-être moins disponible intellectuellement car le moment est mal choisi et peut suivre une journée de travail chargée.

Les membres de la famille plus éloignée, dans le cas où ils sont pris en charge, le sont par voie dématérialisée en majorité. Dans ce cas, aucun examen physique n'est possible.

Dans ces conditions pratiques non optimales et où les consultations peuvent souvent être incomplètes, il semble plus prudent de confier la prise en charge de ses proches à un confrère. Il est alors important de faciliter cette prise en charge (66,67). Il faut savoir lâcher prise et accorder sa confiance à la fois à ce confrère (68) et à son proche sur sa capacité à prendre soin de lui. En effet, interférer dans la relation entre le proche et son médecin peut entraîner une incompréhension chez le patient ainsi que chez le confrère et détériorer une relation par définition fragile puisque basée sur la confiance, l'intimité et la transparence. Ces interférences risquent aussi de provoquer une dilution des informations entre plusieurs intervenants et ainsi de diminuer la qualité de la prise en charge de ces proches là (69).

A l'inverse, les amis et les collègues sont plus facilement pris en charge comme un patient normal puisque sur les horaires habituels de consultation et au cabinet. Pour les collègues, cette prise en charge mieux cadrée est sans doute liée à leur présence sur le lieu de travail et aux horaires de travail

du médecin. Pour les amis, l'implication émotionnelle et la pression de la prise en charge est certainement moindre. Il semble plus facile d'opposer un refus à un ami qu'à un membre de sa famille mais aussi de lui imposer un cadre de consultation plus ferme.

La prise en charge de ces deux catégories de proches semble donc plus simple en apparence car plus facile à cadrer. Mais cette apparente simplicité ne doit pas faire perdre de vue que soigner un ami ou un collègue peut modifier la relation préexistante et induire un potentiel conflit en cas d'insatisfaction d'un côté comme de l'autre (70).

Dans la majorité des cas, les soins sont fournis à tarif réduit ou gratuitement sauf pour les amis. Cette constatation est cohérente par rapport au cadre de la consultation fixée pour leur prise en charge.

Cette question financière est assez anecdotique de manière générale dans la littérature mais certains auteurs suggèrent que faire payer la consultation formalise la rencontre et permet ainsi de mieux cadrer la consultation (35,71).

4. Le ressenti des médecins généralistes

Les médecins se répartissent en proportion équivalente entre ceux trouvant l'affect plutôt gérable et ceux le trouvant plutôt ingérable.

L'objectivité quant à elle est maintenue pour plus de la moitié des médecins et près d'un médecin sur 10 pense d'ailleurs rester parfaitement objectif.

C'est pourtant cette mise en jeu de l'affect en lien avec une relation qui préexiste avant la relation soin qui peut perturber la démarche médicale et augmenter le risque d'erreur (6). **La relation, qui n'est plus basée sur l'empathie comme devrait l'être toute relation médecin-patient, bascule vers la sympathie.** C'est cette sympathie, définie dans le Larousse comme « *la faculté à participer aux peines et aux joies de l'autre* » qui peut être à l'origine d'une perturbation du raisonnement médical (11). L'objectivité et la rationalité indispensable à la bonne pratique peuvent laisser place à la subjectivité et à un raisonnement dicté par les émotions que nous inspire notre proche.

Il est nécessaire d'avoir conscience de cette perte d'objectivité pour y faire barrage et ne pas perdre en efficacité dans le soin (72).

Le **secret professionnel** pose des problèmes dans un cas sur cinq. Ce secret professionnel pourtant fondamental dans notre métier (73) peut donc être plus difficile à opposer quand il s'agit de soigner sa famille. Les liens affectifs déjà présents venant parasiter la relation médecin-patient qui tente de s'instaurer.

Le **sentiment d'obligation** et donc le fait de prendre en charge ses proches « main forcée » est fréquent puisqu'on le retrouve dans 60% de notre échantillon. La difficulté à dire non, l'insistance des proches, l'absence éventuelle de dialogue et de cadre à cette pratique sont autant de facteurs qui peuvent provoquer ce sentiment d'obligation.

S'agissant des **difficultés rencontrées avec un confrère, ou au sein de sa famille** en cas de prise en charge des proches, c'est un processus qui affecte une minorité des répondants. La littérature montre pourtant que les collègues ont une tendance importante à adapter leur pratique (67,74) quand ils ont à faire à un proche de médecin. Si cette attitude ne débouche pas sur un conflit, elle peut déboucher sur un partage des responsabilités entre le médecin qui soigne notre proche et le médecin-proche que nous sommes sans que ce soit souhaité.

Les situations de conflits au sein de la famille découlent le plus souvent d'un refus de soin de la part du médecin qui s'avèrent incompris par les proches. Ce refus étant alors vécu comme un rejet (11,25).

La **satisfaction des proches** est majoritairement jugée positive par les médecins. En effet, les proches sont souvent peu conscients des difficultés que nous rencontrons à les soigner (18,22,75,76) et s'ils en ont la notion, les avantages pour eux sont tels qu'ils passent outre notre ressenti du soin et les éventuels inconvénients. De plus le proche peut avoir tendance à demander des soins à un médecin qui lui est proche car il lui attribue d'office sa confiance du fait d'une relation de proximité existant entre eux. Relation de proximité qui perturbe justement notre objectivité.

Les médecins quant à eux sont en majorité soit satisfaits soit mitigés sur cette satisfaction. Le sentiment mitigé est sans doute en lien avec les difficultés qu'ils peuvent rencontrer en soignant leurs

proches. Néanmoins près de 50% affirment être satisfaits de leur prise en charge. Ont-ils mieux réussi que leurs confrères à gérer l'affect et à rester professionnel et objectif ? Sont-ils fiers que leur proche s'adresse à eux ?

Nous n'avons pas d'éléments supplémentaires pour justifier ce sentiment important de satisfaction.

En résumé : Il paraît nécessaire d'établir un dialogue avec le proche pour lui permettre une prise de conscience des nombreuses difficultés possibles dans sa prise en charge. Dialogue qui peut être réouvert à tout moment pour permettre à chacun d'y exprimer ses difficultés. Pour ce faire, il faut avoir effectué un questionnement personnel si possible antérieur à sa demande. Les médecins généralistes, par leurs compétences transdisciplinaires, sont plus sollicités que leurs confrères spécialistes (9) pour tout type de prise en charge allant de la pathologie bénigne à la pathologie grave (77). Il est donc important pour eux de mettre en place un cadre professionnel à cette pratique particulière. Ce professionnalisme qui nous a été enseigné pendant nos études doit nous amener à ne pas adapter nos gestes, notre raisonnement et nos prescriptions parce que nous sommes en présence d'un proche. Il conviendra donc d'éviter d'ausculter dans des conditions pratiques et techniques défavorables (coin de table), trop rapidement (entre deux portes), à une heure inadaptée ou encore de n'utiliser qu'une partie de ses compétences. Le médecin ne doit pas perdre de vue qu'il engage sa responsabilité (45,78) et il se doit d'être d'autant plus prudent qu'il s'agit d'un de ses proches et qu'il est facile de se faire prendre au piège par sa proximité avec cette personne et les sentiments qu'on éprouve à son égard.

5. Principaux facteurs influençant le comportement des médecins

L'analyse croisée a montré qu'il existe quatre principaux facteurs influençant le comportement des médecins (cf tableau) :

- Le sexe
- L'âge
- La participation à l'enseignement
- La présence d'un autre médecin dans la famille

Nous n'avons pas retrouvé d'autres critères discriminants pertinents dans notre étude.

a. Le sexe

Face à une demande de soin, les femmes ont tendance à refuser avec différents degrés de fermeté ou à accepter mais avec réticence. A l'inverse, les hommes ont davantage tendance à accepter volontiers de répondre à cette demande de soin.

La réticence des femmes à prendre en charge leur proche peut s'expliquer par plusieurs constats : les femmes ont plus tendance à avoir une attitude soit maximaliste soit minimaliste alors que les hommes pensent agir avec leur proche comme avec un patient normal. Les hommes respectent les différentes étapes d'une consultation en proportion plus importante que les femmes. Les femmes situent leur implication affective à un niveau plus élevé que les hommes et pensent être moins objectives dans le soin. Elles ont rencontré plus de difficultés face au secret professionnel et se sont senties plus forcées

de prendre en charge leurs proches. Elles ont plus souvent dû faire face à des situations de conflit avec des confrères ou au sein de leur famille.

Il découle de ces différentes difficultés que les femmes médecins sont moins satisfaites de leur prise en charge quand il s'agit de proche que leurs homologues masculins.

En conclusion, les femmes sont moins à l'aise que les hommes dans la prise en charge de leurs proches tant au niveau pratique qu'au niveau affectif. Elles préfèrent davantage s'abstenir de soigner leurs proches.

Ces différences découlent-elles du fait que les femmes ont effectivement plus de difficultés à soigner leurs proches ou qu'elles sont plus conscientes des risques inhérents à cette pratique ? Ou se font-elles simplement moins confiance que les hommes ?

Pour ce critère-là, on peut trouver une piste de réponse dans le fait que les femmes ont une tendance naturelle à se sous-estimer. Un outil d'auto-formation et d'auto-évaluation nommé Excellencis a été créé en Belgique en 2004. Il permet un calcul de scores de certitude par grande pathologie et par sexe pour les généralistes belges utilisateurs. Le constat est sans appel : les femmes sont plus modestes que les hommes et se font moins confiance. (79).

b. L'âge

Les médecins de plus de 40 ans, donc ayant en général au moins 10 ans d'expérience, ont davantage tendance à accepter la demande de soin de la part de leurs proches avec peu ou pas de limitations. A l'inverse, les confrères les plus jeunes et donc les plus novices se positionnent pour une acceptation avec réticence ou un refus plus ou moins ferme. Encore une fois, il est donc logique de retrouver parmi les médecins ayant déjà refusé une prise en charge des médecins plus jeunes.

Une fois la prise en charge amorcée, ce sont les médecins les plus expérimentés qui pensent prendre en charge leurs proches comme des patients normaux et qui estiment davantage respecter les étapes habituelles d'une consultation. C'est aussi eux qui pratiquent plus facilement tout type d'examen clinique.

Les médecins de plus de 40 ans situent leur implication affective à un niveau gérable comparé aux plus jeunes et pensent rester plus objectifs. On peut ainsi émettre l'hypothèse que l'expérience favoriserait une meilleure gestion de l'affect.

Ce sont les médecins les plus débutants qui ont rencontré davantage de difficultés avec le secret professionnel et qui se sont sentis plus souvent forcés de prendre en charge leurs proches.

L'âge n'est en revanche pas un facteur discriminant pour les situations de conflit tant entre confrères qu'au sein de la famille.

Partant de ces différences, il est cohérent que ce soient les médecins les plus avertis et donc ayant le plus d'expérience qui aient le sentiment que leurs proches sont satisfaits de leur prise en charge et qui éprouvent eux-mêmes un sentiment de satisfaction quant à cette prise en charge.

En conclusion, les médecins de plus de 40 ans sont plus à l'aise dans la prise en charge des proches. Les plus jeunes rencontrent plus de difficultés à cette prise en charge. Il en découle une limitation de leur part des soins fournis.

On peut se demander si ces différences découlent de leur expérience ou d'un changement générationnel ? Ou encore si les médecins les plus jeunes n'ont pas davantage envie de séparer leur vie professionnelle de leur vie personnelle ? Cette frontière étant rendue floue lorsque l'on soigne un proche.

c. La participation à l'enseignement

La participation à l'enseignement favorise le fait d'accepter de fournir ses soins sous réserve d'être le médecin traitant.

Ces médecins, investis dans la formation des plus jeunes, sont aussi présents en proportion plus importante parmi les médecins respectant les étapes d'une consultation et pratiquant tout type d'examen clinique.

Le fait d'être le médecin traitant habituel et de pratiquer des consultations cadrées favorisent sans doute le fait qu'ils situent leur implication à un niveau gérable. Cette participation à l'enseignement limite le fait de se sentir forcé de prendre en charge ses proches.

La participation à l'enseignement force les médecins à suivre des formations en ce sens, et à se tenir à la page d'un point de vue médical pour faire face aux nombreuses questions des jeunes confrères sortis

de la faculté. Ces questions peuvent concerner le soin aux proches. Leur rôle de modèle pour les plus jeunes, pousse peut-être certains d'entre eux à se questionner sur leur pratique et notamment sur les soins fournis à leurs proches. Ils sont ainsi peut-être plus à l'aise pour soigner leurs proches et pour se fixer un cadre.

La participation à l'enseignement que ce soit théorique ou pratique semble amener les médecins à soigner leurs proches dans des conditions plus semblables des soins habituels que devraient recevoir chaque patient. Leur ressenti est ainsi meilleur.

Leur formation continue et leur nécessité d'être exemplaire pour la jeune génération favoriserait-elle cette attitude ?

d. La présence d'un autre médecin dans la famille

La présence d'un autre médecin dans la famille semble favoriser le fait d'accepter sans restriction la demande de soins des proches. Ces médecins pensent aussi être plus objectifs et se sont sentis moins forcés de prendre en charge un proche. La présence d'un autre médecin limite les conflits avec un confrère.

On peut imaginer que le fait d'avoir un autre médecin dans la famille favorise le fait de prendre en charge un proche car on peut partager sa prise en charge ainsi que les questionnements et les doutes que l'on pourrait avoir. Par ailleurs, si cet autre médecin fait partie de la génération antérieure à la

nôtre et qu'il avait l'habitude de soigner la famille, il peut exister une envie de faire pareil. En effet, ayant eu ce modèle, un jeune médecin peut considérer cette prise en charge comme faisant partie de son rôle.

En conclusion, la présence d'un autre médecin dans la famille semble améliorer le ressenti des médecins sur certains aspects de la prise en charge des proches.

Est-ce parce que la tradition familiale est instaurée comme ça ou est-ce que le fait d'avoir quelqu'un à qui parler de ces prises en charges particulières limite l'angoisse qui peut en découler ?

En résumé, les femmes et les médecins les plus jeunes semblent éprouver plus de difficultés à fournir des soins à leurs proches. Ils ont davantage conscience des risques de cette pratique. De ce fait, leur ressenti dans le soin aux proches est plus négatif et ils se limitent davantage dans les soins fournis.

Les hommes et les médecins les plus aguerris sont quant à eux plus à l'aise pour ces soins. Ils effectuent des soins plus cadrés (étapes d'une consultation, examen clinique, objectivité...). Ils sont aussi plus fermes dans leurs réponses quand leurs consœurs et confrères plus jeunes restent plus nuancés. Ils sont davantage satisfaits car ils ont rencontré moins de difficultés.

Le fait de ne pas être le seul médecin dans la famille et de participer à l'enseignement renforce ce sentiment.

C. Comparaison aux données de la littérature

Les autres enquêtes quantitatives françaises, donc l'échantillon le plus fort est 225 réponses de médecins généralistes (80), retrouvent des éléments qui vont dans le même sens que notre étude.

Les travaux retrouvés parlent de 92% (58) à 99% (20) des médecins généralistes ayant déjà soigné un de leur proche.

La motivation affective et le manque d'objectivité sont les principales causes de refus de soin ou de réponse partielle (5,21,29).

Le lieu de consultation n'est que rarement le cabinet (20,21,29,37). L'examen clinique pose régulièrement problème (20).

Les enfants sont les proches les plus fréquemment soignée (21,58) puis viennent les conjoints et les amis (17).

Les médecins plus âgés soignent plus régulièrement leurs proches et prennent davantage en charge les pathologies chroniques et psychiatriques, ils sont également plus souvent médecin traitant (17,80).

Les médecins les plus jeunes et les femmes ont tendance à être plus maximalistes dans leur prise en charge (17). Les femmes sont souvent plus nuancées dans leurs réponses que les hommes (20,37)

Les soins fournis sont le plus souvent gratuits (80).

Notre enquête renforce donc ces éléments.

Elle apporte également de **nouveaux éléments** puisqu'elle met en évidence le fait que la présence d'un autre médecin dans la famille et la participation à l'enseignement modifient aussi la manière de faire des médecins en plus de l'âge et du sexe. Elle met également en avant le fait d'instaurer un cadre professionnel à la prise en charge de ses proches à savoir d'effectuer des consultations complètes (respect des étapes d'une consultation, pratique de tout type d'examen clinique) permet un meilleur ressenti du soin et favorise la satisfaction qu'en tirent les médecins.

Les enquêtes qualitatives auprès des médecins permettent d'explorer avec plus de finesse les différents aspects de ces soins particuliers et ainsi d'expliquer en partie les réponses. Dans ces enquêtes la totalité des médecins avaient été sollicités par leurs proches et tous avaient déjà répondu positivement à ces demandes.

On retrouve dans ces travaux les avantages et les inconvénients pour le médecin à prendre en charge ses proches :

Avantages :

- La bonne connaissance du patient, la simplicité de la relation, l'absence de jugement en lien avec la relation affective préexistante (22,26,27,37).
- La confiance préétablie entre le médecin et son proche (6-8,20,26,27,76).
- La réévaluation de la situation et le suivi facilité avec la diminution éventuelle de la consommation médicale (8,13,18).
- La satisfaction de l'envie de rendre service de la part du médecin ainsi qu'un sentiment de fierté et d'utilité (7,10,12,74).

Les inconvénients :

- Le manque d'objectivité et la perte d'efficacité dans le soin en lien avec la mise en jeu de l'affect (5,6,8-11,13,17,21-23,72,81).
- La perte d'information (pudeur, consultations informelles, limitation de l'examen clinique)(6,17,23-25,80).
- L'observance moindre (6).
- La banalisation de l'acte médical (9,13,20).
- La confusion des rôles entre celui de médecin et de proche et les conflits internes ou externes qui peuvent en résulter (7,8,10,12,27,69).
- La modification des relations avec les confrères (6) voire parfois la modification de la conduite des confrères lorsqu'ils prennent en charge nos proches (10,25,26).
- Le stress et l'implication émotionnelle augmentés ainsi que la responsabilité (6,13,21,22,58).
- La disparition des limites entre le professionnel et le personnel (6,7,12).

La majorité des médecins trouvent qu'il est normal de pouvoir prendre en charge ses proches (20) mais conseillent d'avoir conscience des risques et de ses propres limites. Ils préconisent aussi de se cantonner à des choses simples et ponctuelles. Le fait que c'est un choix propre à chacun est souvent mis en avant (9,10).

Plusieurs **enquêtes auprès des proches** ont trouvé principalement des avantages à se faire prendre en charge par un médecin proche :

- La facilité de l'accès aux soins permanente (6,7,15,20,21,23,26,27,65,76,77,81)
- La confiance totale envers le proche médecin (6,20)
- La compréhension facilitée du système de soins et du monde médical (12,13)
- L'acquisition de certaines compétences dans le soin par les proches (18)
- La gratuité des soins (25,27)

Les quelques **enquêtes étrangères** comparables sont américaines et montrent des éléments similaires (82). Mais les systèmes de soins étrangers sont souvent si différents du nôtre qu'ils ne permettent qu'une comparaison limitée.

La seule étude comparable est celle de LA PUMA, qui est une enquête par questionnaire avec 465 répondants parmi le personnel médical hospitalier. 99% avaient déjà eu des sollicitations de la part de leur famille et 83% avaient déjà prescrit un traitement. 22% avaient accédé à une demande vis-à-vis de laquelle ils s'étaient sentis mal à l'aise. Comme dans notre enquête, ce sont les médecins seniors qui prennent davantage en charge leurs proches.

D. Perspectives

Le soin aux proches figure parmi les nombreuses questions éthiques que pose quotidiennement la pratique de la médecine. Il est dommage qu'à l'heure actuelle elle ne soit que peu abordée tout au long des études médicales. La relation médecin-patient est pourtant régulièrement évoquée tout au long de ces études, et il serait intéressant que la relation particulière médecin-patient proche le soit au même titre en raison de son occurrence. Ceci dans le but d'amorcer le questionnement chez le jeune médecin qui aura souvent déjà été sollicité.

Il pourrait être proposé des séminaires sur le sujet, sous forme de partage d'expérience. Un tel enseignement aurait sa place tôt dans les études, avant que l'on acquière la capacité de soigner. Cela permettrait de susciter un questionnement autour de cette pratique chez les étudiants et peut-être de permettre un échange avec leur famille ou d'autres médecins et ainsi de commencer à aborder ce sujet en toute tranquillité sans orienter la réflexion dans un sens ou dans l'autre.

Par la suite, il pourrait être proposé le même type de séminaire sous la forme de groupe de pairs au cours de l'internat pour permettre de réfléchir à plusieurs sur les pratiques de chacun et ainsi aider chaque jeune médecin en devenir à se positionner au mieux face à cette question.

L'analyse de nos résultats a soulevé de nombreuses nouvelles questions qu'il serait intéressant d'explorer avec des études plus qualitatives permettant une analyse plus en profondeur des différents comportements observés selon les critères étudiés.

Nous avons choisi pour ce travail de nous limiter à certains axes d'analyse, à savoir univarié et croisé simple mais notre base de données permet des analyses encore plus poussées. Il serait intéressant de questionner la possibilité que certaines variables interfèrent les unes avec les autres. On pourrait approfondir l'analyse pour essayer de savoir si certaines variables étudiées influencent plus le comportement des médecins que d'autres.

CONCLUSION

La prise en charge de ses proches quand on est médecin généraliste est un sujet peu étudié dans la littérature. Le nombre de réponses à notre questionnaire montre pourtant que ce sujet intéresse tout particulièrement nos confrères. En effet, notre étude permet de constater que la majorité d'entre eux y sont confrontés et que leur réponse face à une demande de soin émanant d'un proche est individuelle et souvent très personnelle. On retrouve très souvent une volonté globale des médecins de répondre positivement à cette demande. D'ailleurs un bon nombre d'entre eux sont les médecins traitants à minima de leurs enfants et conjoint.

L'analyse de notre échantillon nous amène à affirmer que le sexe et l'âge ont une influence dans la prise en charge des proches. Les hommes et les médecins plus âgés sont plus nombreux à penser qu'ils rencontrent moins de difficultés dans cette pratique que leurs homologues féminins et collègues plus novices. Leur taux de satisfaction, lorsqu'ils répondent à une demande qui leur est faite par un de leur proche, est donc significativement supérieur.

Notre étude montre aussi que la présence d'un autre médecin dans la famille favorise un meilleur ressenti de la prise en charge des proches. Cette constatation mériterait d'être creusée. Est-il rassurant d'avoir un pair dans sa famille pour partager ses questionnements ? Est-ce que la tradition familiale de soigner ses proches qui a pu exister antérieurement est considérée comme normale ?

La participation à l'enseignement est un autre paramètre significatif. On peut supposer que ces médecins, soumis à différents questionnements des jeunes confrères sortis de la faculté dont celui du soin aux proches, sont appelés à apporter des réponses et à réfléchir à un cadre à proposer qu'ils auraient tendance à s'appliquer à eux-mêmes. Il serait tout à fait intéressant de savoir dans quelle

proportion, le soin aux proches est une question qui préoccupe la jeune génération. Et dans ce cas, l'aborder au courant des études paraît opportun afin de faire prendre conscience de ses risques et d'amorcer une réflexion sur le sujet. Ainsi les jeunes médecins pourraient se positionner en connaissance de cause et avant toute demande d'un proche.

D'ailleurs, nous avons noté dans notre travail que plus de la moitié des médecins ont déjà refusé une prise en charge devant les risques nombreux cités : perte d'objectivité, implication affective importante, conflit avec la famille ou les confrères, difficultés avec le secret professionnel, consultations informelles et incomplètes, limitation du soin, soins forcés... Il y a une réelle prise de conscience des dangers à soigner un de ses proches et faute de formation sur le sujet, c'est le principe de précaution qui prévaut.

Bien que la prise en charge des proches soit une pratique particulière de notre métier, elle n'est pas encadrée par une législation spécifique. Certains pays formulent des directives mais sans jamais en faire une règle absolue. Notre enquête quantitative met en exergue que les médecins interrogés sont peu au fait des textes qui pourraient orienter leurs décisions dans ce domaine. Par conséquent les médecins qui ont tous déjà pris en charge un de leurs proches l'ont fait sans notion de légalité ou d'illégalité.

Conscients des risques liés à la prise en charge d'un proche, les médecins questionnés et à qui nous avons laissé la possibilité de s'exprimer librement sur des conseils à donner ont fait diverses propositions. En résumé, ces conseils peuvent se synthétiser en deux idées majeures : circonscrire cette pratique à des situations simples et instaurer un cadre normal de consultation dans le but de maintenir son objectivité.

Ce travail de thèse apporte des réponses à mon propre questionnement de base à savoir si l'on peut soigner objectivement ses proches. Il soulève aussi d'autres pistes qui mériteraient d'être approfondies : aborder plus particulièrement le sujet pendant ses études, définir un cadre pour cette pratique particulière, pourquoi les hommes paraissent plus à l'aise avec cette pratique, etc... J'espère que ces sujets tenteront d'autres médecins.

VU

Strasbourg, le 05/06/2015

Le président du Jury de Thèse

Professeur Gilles BERTSCHY



VU et approuvé

Strasbourg, le 11 JUIN 2019

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILLIA



ABREVIATIONS

AMA : America Medical Association

BMA : British Medical Association

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CEOM : Conseil Européen de l'Ordre des Médecins

CMA : Canada Medical Association

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DES : Diplôme d'Enseignement Supérieur

FMF : Fédération des Médecins de France

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC : Prise En Charge

Vs : Versus

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

BIBLIOGRAPHIE

1. Krall EJ. Doctors who doctor self, family, and colleagues. *WMJ Off Publ State Med Soc Wis.* 2008 Sep;107(6):279–84.
2. La Puma J, Stocking CB, LaVoie D, Darling CA. When Physicians Treat Members of Their Own Families. *N Engl J Med.* 1991 Oct 31;325(18):1290–4.
3. Eastwood GL. When relatives and friends ask physicians for medical advice: ethical, legal, and practical considerations. *J Gen Intern Med.* 2009 Dec;24(12):1333–5.
4. Aboff BM, Collier VU, Farber NJ, Ehrenthal DB. Residents' prescription writing for nonpatients. *JAMA.* 2002 Jul 17;288(3):381–5.
5. Marin Marin L. Positionnement des internes en médecine générale face aux problèmes de santé de leurs proches : enquête quantitative et qualitative auprès des internes du département de médecine générale de Paris-Diderot [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2013.
6. Peltz-Aïm J. Comment les médecins se positionnent-ils vis-à-vis des maladies de leurs proches ? enquête qualitative auprès de 22 médecins exerçant en région parisienne. [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2012.
7. Bouquet-Lautié M-E. Déterminants de la prise en charge de ses proches, en particulier de ses enfants, par le médecin généraliste : étude qualitative auprès de médecins girondins par focus groupe [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux II; 2012.
8. Dagnicourt P. Soigner ses proches, une attitude à raisonner ? réflexion sur les interférences entre la relation de soin et la relation préexistante par enquête qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2012.
9. Finelle S. Faut-il soigner ses proches : étude qualitative auprès d'un échantillon de médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2013.
10. Manasterski F. Étude des leviers et des freins dans la prise en charge par un médecin généraliste de membres de sa famille : enquête auprès de médecins généralistes de Meurthe et Moselle [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2014.
11. Aguillon S, Marre J. Qui soigne les médecins généralistes et leurs proches ? Thèse qualitative en " focus group " dans le Lot [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015.

12. Metz A. Le ressenti des jeunes généralistes face aux demandes de soins de leurs proches : Étude qualitative auprès de quinze médecins exerçant en Alsace [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg. Faculté de médecine; 2014.
13. Goubet J. Le médecin généraliste face à la santé de ses enfants : peut-on soigner ses enfants ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2016.
14. Dispositif du médecin traitant [Internet]. Available from: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/dispositif-medecin-traitant/dispositif-medecin-traitant>
15. NIK-SHERINA H, NG C-J. A qualitative study among primary care practitioners in a teaching hospital in Malaysia [Internet]. 2006. Available from: http://www.apfmj-archive.com/afm5_2/afm35a.htm
16. Beguin M. Synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin à une demande de soins venant d'un de ses proches [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2013.
17. Cornec-Lasserre S. Soigner ses proches en tant que médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2005.
18. Toumelin S. La prise en charge médicale de la famille du généraliste : conjoint et enfants [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2009.
19. The European Definition of GP / FM | WONCA Europe [Internet]. Available from: <http://www.woncaeurope.org/gp-definitions>
20. Castéra F. Le médecin généraliste, médecin de sa famille ? enquête auprès de 100 médecins généralistes installés en Haute-Garonne sur les soins apportés à leurs proches [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2005.
21. Vallerend V. Quand le médecin généraliste soigne sa famille : enquête en Basse-Normandie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen. UFR de médecine; 2009.
22. Mons M, Perrain A. Nos proches perçoivent mal la nature de nos difficultés à les soigner [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2017.
23. Bleuez G. Prise en charge d'un patient par un médecin généraliste membre de sa famille : étude par questionnaire auprès de 50 patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2014.
24. Garand J. Médecin traitant de sa propre famille, quelles sont les difficultés à soigner ses proches (parents, conjoint, enfants) ? Enquête qualitative menée auprès de proches de médecins généralistes ardennais [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2015.
25. Musseau C. Se faire soigner par un proche : Quel est le vécu des proches de médecins ? Etude qualitative auprès de 16 membres de famille de médecins franciliens [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2017.

26. Augustyniak J. Vécu des patients pris en charge par un médecin généraliste membre de leur propre famille [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine; 2015.
27. Cazenave M. Le choix d'un proche comme médecin traitant : le point de vue des patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux; 2016.
28. Madec N. La prévention au sein de la famille du médecin généraliste : description à partir d'une enquête menée auprès de 100 conjoints [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes.; 2010.
29. Masson L. Le médecin généraliste face à la demande de soins de ses proches : quelle est la demande ? comment le médecin y répond-il ? Quels problèmes cela lui pose-t-il ? L'expérience de 47 médecins généralistes installés en ville nouvelle. [Thèse d'exercice]. [France]: Paris V; 1996.
30. Korenman SG, Bramstedt KA. Your spouse/partner gets a skin infection and needs antibiotics: is it ethical for you to prescribe for them? *West J Med.* 2000 Dec;173(6):364.
31. Scarff JR. Why do Physicians Treat Their Relatives ? Exploring the Influence of Social Psychology. *Psychol Rep.* 2013 Oct 1;113(2):647–53.
32. Fouzai-Jaouani A. La contribution des différents temps de la consultation dans l'établissement du diagnostic en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2016.
33. Société Française de Médecine Générale : Démarche décisionnelle [Internet]. Available from: http://www.sfmng.org/theorie_pratique/demarche_decisionnelle/
34. Delmas V, Chaneliere M. Soigner ses proches : une erreur ? [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2014.
35. Farrell TW, Ozbolt JA, Silvia J, George P. Caring for colleagues, VIPs, friends, and family members. *Am Fam Physician.* 2013 Jun 1;87(11):793–5.
36. Le serment d'Hippocrate | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>
37. Bonvalot V. Médecin traitant de sa propre famille : différences de pratique dans la relation thérapeutique intrafamiliale : enquête auprès de médecins généralistes du Var [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Aix-Marseille II; 2009.
38. Percival T. Medical Ethics: Or, a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons : to which is Added an Appendix ; Containing a Discourse on Hospital Duties ; Also Notes and Illustrations. S. Russell; 1803. 268 p.
39. Code de déontologie | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-de-deontologie-1210>
40. Les commentaires du code de déontologie | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/17/tous>

41. Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle de l'Ordre des médecins [Internet]. Available from: <http://www.conseil54.ordre.medecin.fr/>
42. Code pénal - Article 225-1. Code pénal.
43. The AMA Code of Medical Ethics ' Opinion on Physicians Treating Family Members. Virtual Mentor. 2012 Jan 5;14(5):396.
44. Fromme EK. Requests for care from family members. Virtual Mentor VM. 2012 May 1;14(5):368–72.
45. Latessa R, Ray L. Should You Treat Yourself, Family or Friends? Fam Pract Manag. 2005 Mar;12(3):41.
46. La Puma J, Priest ER. Is there a doctor in the house? An analysis of the practice of physicians' treating their own families. JAMA. 1992 Apr 1;267(13):1810–2.
47. Code de déontologie des médecins [Internet]. RLRQ c M-9, r. 17. Available from: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/M-9,%20r.%2017/>
48. CMA Code of Ethics and Professionalism | Canadian Medical Association [Internet]. Available from: <https://www.cma.ca/cma-code-ethics-and-professionalism>
49. BMA - L'éthique médicale aujourd'hui [Internet]. Available from: <https://www.bma.org.uk/advice/employment/ethics/medical-ethics-today>
50. Principes d'Ethique Médicale Européenne | C.E.O.M [Internet]. Available from: <http://www.ceom-ecmo.eu/view/principes-d-ethique-medicale-europeenne>
51. Bird S. The pitfalls of prescribing for family and friends. Aust Prescr. 2016 Feb;39(1):11–3.
52. Medical Board of Australia - Good medical practice: a code of conduct for doctors in Australia [Internet]. Available from: <https://www.medicalboard.gov.au/codes-guidelines-policies/code-of-conduct.aspx>
53. Code de déontologie des médecins - Déontologie médicale [Internet]. [cited 2019 Mar 11]. Available from: <http://www.ordre-medecins.org.tn/fr/juridique/code-de-deontologie-des-medecins>
54. Code de déontologie [Internet]. Available from: https://www.fmh.ch/fr/de_la_fmh/bases_juridiques/code_deontologie.html
55. Guide to Professional Conduct and Ethics for Registered Medical Practitioners [Internet]. Available from: https://issuu.com/mcirl/docs/guide_to_professional_conduct_and_e/1
56. Code de déontologie médicale 1975 - Contenu - Ordre des médecins - Ordomedic [Internet]. Available from: <https://www.ordomedic.be/fr/code/contenu/>

57. codigo de etica [Internet]. Available from: https://www.cgcom.es/codigo_deontologico/files/assets/basic-html/page-1.html#
58. JOFFRE BERTHOMME B. Quels médecins pour les enfants de médecins généralistes ? A propos d'une enquête réalisée auprès de 186 médecins généralistes libéraux du Rhone. [Thèse d'exercice]. [France]: Lyon 1; 2001.
59. Code de la santé publique - Article R4127-9. Code de la santé publique.
60. Benchmarking ICT use among general practitioners in Europe - Publications Office of the EU [Internet]. Available from: <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/7d72981d-f924-4977-a032-37361bb8b4b3>
61. La démographie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
62. Les Maîtres de Stages Universitaires [Internet].. Available from: https://www.cnge.fr/les_enseignants/les_maitres_de_stages_universitaires/
63. Juillard M, Bloedé F. Savoir dire non à bon escient : vécu des internes en médecine générale [Internet]. 2016 [Thèse d'exercice]. Available from: http://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/savoir_dire_non_a_bon_escient_vecu_des_internes_en_medecine_generale_308309/article.phtml?tab=texte
64. Chen FM, Feudtner C, Rhodes LA, Green LA. Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook. *West J Med.* 2001 Oct;175(4):236–9.
65. Dusdieker LB, Murph JR, Murph WE, Dungy CI. Physicians treating their own children. *Am J Dis Child* 1960. 1993 Feb;147(2):146–9.
66. Husain MR, Bhutto B. Can physicians treat their own family members ? *JPMA J Pak Med Assoc.* 2010 Apr;60(4):331.
67. Douglas SP, Crook ED, Boyte WR, Blackston JW, Douglas S, Crook ED. Caring for Adolescent Family Members of Physician Colleagues. *Am J Med Sci.* 2002 Jan 1;323(1):49–53.
68. McSherry J. Long-distance meddling: do MDs really know what's best for their children? *CMAJ Can Med Assoc J.* 1988 Sep 1;139(5):420–2.
69. Bramstedt KA, Popovich M. Managing patients whose family members are physicians. *Minerva Anesthesiol.* 2012 Jan;78(1):63–8.
70. Rourke LL, Rourke JT. Close friends as patients in rural practice. *Can Fam Physician.* 1998 Jun;44:1208–22.
71. Levy MA, Arnold RM, Fine MJ, Kapoor WN. Professional Courtesy – Current Practices and Attitudes. *N Engl J Med.* 1993 Nov 25;329(22):1627–31.

72. Mailhot M. Caring for our own families. *Can Fam Physician*. 2002 Mar;48:546–52.
73. Code de la santé publique - Article R4127-4. Code de la santé publique.
74. Schneck SA. Doctoring Doctors and Their Families. *JAMA*. 1998 Dec 16;280(23):2039–42.
75. Bouve C. Soigner ses proches : quelle résonance chez les soignés ? Etude du ressenti des proches par enquête qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2015.
76. Rebeyrotte A. Soigner ses proches en tant que medecin generaliste : enquête quantitative aupres de membres de famille de medecins generalistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris).; 2016.
77. Reagan B, Reagan P, Sinclair A. "Common sense and a thick hide". Physicians providing care to their own family members. *Arch Fam Med*. 1994 Jul;3(7):599–604.
78. Giroldi E, Freeth R, Hanssen M, Muris JWM, Kay M, Cals JW. Family Physicians Managing Medical Requests From Family and Friends. *Ann Fam Med*. 2018;16(1):45–51.
79. Veit A. Place des entretiens motivationnels dans les cabinets de médecine générale français en 2012 [Thèse d'exercice]. Strasbourg; 2013.
80. Cottureau S. Les médecins généralistes soignent-ils leurs parents ? (Père et Mère) : réflexions sur les motivations pour ou contre cette pratique au travers d'analyses quantitatives (255 réponses à un questionnaire) et qualitatives (10 entretiens semi-directifs ciblés) [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2011.
81. Scarff JR, Lippmann S. When physicians intervene in their relatives' health care. *HEC Forum Interdiscip J Hosp Ethical Leg Issues*. 2012 Jun;24(2):127–37.
82. Evans RW, Lipton RB, Ritz KA. A survey of neurologists on self-treatment and treatment of their families. *Headache*. 2007 Jan;47(1):58–64.

ANNEXES

A. Annexe 1 : Questionnaire

La prise en charge de ses proches quand on est médecin généraliste.

*Obligatoire

Première partie : caractéristiques de la personne sondée.

1. 1. Vous êtes :

Une seule réponse possible.

- Un homme
 Une femme

2. 2. Votre âge :

.....

3. 3. Votre année de début de pratique (remplacement et/ou installation) :

.....

4. 4. Depuis combien d'année êtes vous installé ?

.....

5. 5. Votre département :

.....

6. 6. Quelle spécialité exercez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- Médecine générale
 autre spécialité

7. 7. Votre mode d'exercice :

Une seule réponse possible.

- remplaçant
 groupe ou association
 seul
 hospitalier
 Généraliste retraité

01/04/2019

La prise en charge de ses proches quand on est médecin généraliste.

8. 8. Avez-vous une orientation de pratique particulière (DU, DESC, autres diplômes/pratiques...) ?*Une seule réponse possible.*

- Oui
 Non

9. 9. Si oui, la ou lesquelles ?

10. 10. Etes-vous impliqué dans l'enseignement universitaire (maître de stage, enseignant ...)*Une seule réponse possible.*

- Oui
 Non

11. 11. Y-a-t-il un ou plusieurs autres médecins dans votre famille ?*Une seule réponse possible.*

- Oui
 Non

12. 12. Si oui, qui ?

Deuxième partie : Réglementation et recommandations.**13. 1. D'une manière générale, pensez vous connaître les recommandations et la réglementation en ce qui concerne la prise en charge de ses proches (amis, famille ou collègues) lorsqu'on est médecin ?***Une seule réponse possible.*

- Oui
 Non
 En partie
 Ne Se Prononce Pas

01/04/2019

La prise en charge de ses proches quand on est médecin généraliste.

14. 2. Au sujet du soin aux proches, voici ce que disent les textes :*Une seule réponse possible par ligne.*

	OUI	NON
Le code de la sécurité sociale permet la prise en charge de ses proches mais insiste sur la nécessité d'avoir les compétences et l'objectivité nécessaire. Le saviez vous ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le code de déontologie permet le soin aux proches en insistant sur la liberté du patient à choisir son médecin, et la conscience identique avec laquelle le médecin doit soigner « toutes personnes ». Le saviez vous ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'ordre des médecins ne tranche pas mais invite à la plus grande prudence lorsque l'on prend en charge ses proches. Le saviez vous ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le serment d'Hippocrate permet le soin aux proches (« je donnerai mes soins à quiconque me les demandera »)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le code civil et le code pénal ne réglementent pas cette pratique. Le saviez vous ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Troisième partie : Concernant la prise en charge de vos proches.**15. 1. Vous est-il déjà arrivé de faire face à une demande de soins au sens large de la part d'un de vos proches (famille, amis, collègues) :***Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

16. 2. Face à cette demande de soins, quelle est votre attitude générale : (plusieurs réponses possibles)*Plusieurs réponses possibles.*

- J'accepte volontiers
- J'accepte si je suis le médecin référent/traitant qui suit la personne habituellement
- J'accepte mais avec réticence et uniquement ponctuellement et pour des choses simples.
- J'essaye d'éviter mais cède face à une éventuelle insistance
- J'évite au maximum et avec fermeté

17. 3. A votre avis quelle est la proportion de vos proches que vous prenez en charge en pourcentage ?

01/04/2019

La prise en charge de ses proches quand on est médecin généraliste.

18. 4. Face à la demande de soin, votre attitude diffère-t-elle selon le proche concerné ?*Une seule réponse possible par ligne.*

	Je ne prends jamais en charge	Je prends parfois en charge pour des pathologies simples	Je prends souvent en charge	Je prends toujours en charge quel que soit le problème	Non concerné
Conjoint	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfant(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Famille proche (parents, fratrie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Famille plus éloignée (cousins, oncles, tantes, grands parents, belle-famille)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collègues (médecins, paramédicaux, salariés)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. 5. Vous est-il déjà arrivé de refuser une prise en charge ?*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

20. 6. Précisez :

21. 7. Etes-vous le médecin traitant des proches que vous prenez en charge ?*Une seule réponse possible par ligne.*

	OUI	NON	Non concerné
Conjoint	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfant(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Famille proche (parents, fratrie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Famille plus éloignée (cousins, oncles, tantes, grands parents, belle-famille)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collègues (médecins, paramédicaux, salariés)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quatrième partie : La prise en charge des proches en pratique.

01/04/2019

La prise en charge de ses proches quand on est médecin généraliste.

22. 1. D'une manière générale, lorsque je prends en charge un de mes proches :*Une seule réponse possible.*

- Je le fais comme pour un patient normal
- J'ai tendance à avoir une attitude maximaliste (plus d'examens complémentaires, plus de recours à des confères...)
- J'ai tendance à avoir une attitude minimaliste.
- Ne se prononce pas

23. 2. Lorsque je prends en charge mes proches, les consultations se déroulent : (plusieurs réponses possibles)*Plusieurs réponses possibles.*

	Au cabinet sur mes horaires de consultations	En dehors du cabinet (domicile ou domicile du proche) mais sur mes horaires habituels de travail	En dehors du cabinet (domicile ou domicile du proche) et en dehors de mes horaires de travail	Au téléphone, pas mail, par voie dématérialisée..	Non concerné
Conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Famille proche (parents, fratrie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Famille plus éloignée (cousins, oncles, tantes, grands parents, belle-famille)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collègues (médecins, paramédicaux, salariés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. 3. Lorsque je prends en charge mes proches, j'effectue toutes les étapes d'une consultation à savoir : un recueil des antécédents, un examen clinique complet adapté au problème et la tenue du dossier médical ?*Une seule réponse possible.*

- Oui systématiquement
- Oui souvent
- Non pas toujours
- Non jamais

25. 4. Lorsque je prends en charge mes proches, j'effectue tout type d'examen clinique, y compris uro/gynécologique ou psychiatrique ?*Une seule réponse possible.*

- Oui systématiquement
- Oui souvent
- Non pas toujours
- Non jamais

01/04/2019

La prise en charge de ses proches quand on est médecin généraliste.

26. 5. Concernant la rémunération, lorsque je prends en charge mes proches : (plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

	Soins de santé gratuits ou à prix réduit	Tarif habituel	Non concerné
Conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Famille proche (parents, fratrie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Famille plus éloignée (cousins, oncles, tantes, grands parents, belle-famille)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collègues (médecins, paramédicaux, salariés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cinquième partie : Ressenti et opinion.

27. 1. De manière générale, sur une échelle de 1 à 4, ou situez-vous l'implication affective lorsque vous donnez vos soins à vos proches ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	
facile à gérer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ingérable

28. 2. Pensez-vous rester objectif quand vous prenez en charge un de vos proches :

Une seule réponse possible.

- Oui systématiquement
 Oui la plupart du temps
 Non pas toujours
 Non jamais

29. 3. Le respect du secret professionnel vous a-t-il déjà posé un problème lors de la prise en charge d'un de vos proches ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

30. 4. Vous est-il arrivé de vous sentir forcé de prendre en charge un ou plusieurs de vos proches ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

31. 5. Vous est-il arrivé de rencontrer des difficultés avec des confrères concernant la prise en charge de vos proches ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

01/04/2019

La prise en charge de ses proches quand on est médecin généraliste.

32. **6. Vous est-il arrivé de vous retrouver dans une situation de conflit au sein de votre famille parce que vous preniez en charge un de vos proches ?**

Une seule réponse possible.

Oui

Non

33. **7. Si oui, merci de détaillez une situation :**

34. **8. Pensez-vous que vos proches sont satisfaits par votre prise en charge ?**

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Oui et Non

35. **9. Globalement diriez-vous que vous êtes satisfait de votre prise en charge de vos proches ?**

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Oui et Non

36. **10. Explicitez :**

37. **11. Que conseilleriez-vous à un jeune médecin qui s'interroge que cette problématique ?**

B. Annexe 2 : Année de début de pratique et nombre d'années d'installation

	Effectif	Pourcentage
DEBUT DE PRATIQUE	2201	
< 1970	3	0,14 %
1970-1979	191	8,68 %
1980-1989	639	29,03 %
1990-1999	485	22,04 %
2000-2009	488	22,17 %
>2010	395	17,94 %
INSATALLATION	2207	
0	121	5,48 %
<10	562	25,46 %
10 19	421	19,08 %
20 29	489	22,16 %
30 39	528	23,92 %
>40	86	3,9 %

C. Annexe 3 : Origine géographique

	Effectifs	Proportions
ORIGINE GEOGRAPHIQUE	2201	
Auvergne-Rhône-Alpes	373.00	16.95%
Bourgogne-Franche-Comté	52.00	2.36%
Bretagne	100.00	4.54%
Centre-Val de Loire	96.00	4.36%
Corse	2.00	0.09%
France d'outre-mer	63.00	2.87%
Grand Est	222.00	10.09%
Hauts-de-France	231.00	10.49%
Ile-de-France	268.00	12.18%
Normandie	138.00	6.27%
Nouvelle-Aquitaine	144.00	6.54%
Occitanie	267.00	12.13%
Pays de la Loire	88.00	4.00%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	157.00	7.13%

D. Annexe 4 : Orientation et diplômes complémentaires

Médecine du sport / médecine hyperbare / médecine de montagne	VIH / MST
Homéopathie / phytothérapie / aromathérapie	Plaies
Urgences / régulation / correspondant SAMU / pompier / SOS médecin	Rhumatologie
Nutrition / diététique / obésité / diabétologie / endocrinologie	Médecine aéronautique
Pédiatrie / PMI	Médecine légale
Gynécologie / obstétrique / IVG / planning familial	Santé publique
Addictologie	Education thérapeutique / médecine préventive
Douleurs	Médecine esthétique
Médecine thermale	Médecine du sommeil
Gériatrie	Médecine traditionnelle chinoise
Ostéopathie / médecine manuelle / acupuncture / mésothérapie	Gastrologie
Neurologie	Médecine du travail
Médecine tropicale / des voyageurs / rapatriement	ORL
Cancérologie	Cryothérapie
TCC / psychiatrie / méditation / psychologie / Hypnose / PNL / sophrologie	Med interne maladie infectieuse
Echographie	Epidémiologie
Médecine d'expertise / droit médical / dommages corporels / médecine agréée / permis	Angiologie
Sexualité	Médecine pénitencière
Allergologie	Dermatologie
Soins palliatifs	

E. Annexe 5 : Contenu des textes officiels

Le code de la sécurité sociale	Il permet la prise en charge de ses proches mais insiste sur la nécessité d'avoir les compétences et l'objectivité nécessaire.
Le code de déontologie médicale	Il permet le soin aux proches en insistant sur la liberté du patient à choisir son médecin, et la conscience identique avec laquelle le médecin doit soigner « toutes les personnes »
Le CNOM	Il ne tranche pas mais invite à la plus grande prudence lorsque l'on prend en charge ses proches.
Le serment d'Hippocrate	Il permet le soin aux proches (« je donnerai mes soins à quiconque me les demandera »)
Le code civil et le code pénal	Ils ne réglementent pas cette pratique

F. Annexe 6 : Répartition des réponses selon les propositions concernant l'attitude générale face à la demande de soin

Variables	Effectif	Pourcentage
J'accepte volontiers.	2215	
Non	1631	73,63%
Oui	584	26,37%
J'accepte si je suis le médecin référent traitant qui suit la personne habituellement.	2215	
Non	1749	78,96%
Oui	466	21,04%
J'accepte mais avec réticence et uniquement ponctuellement et pour des choses simples.	2215	
Non	1039	46,91%
Oui	1176	53,09%
J'essaie d'éviter mais cède face à une éventuelle insistance	2215	
Non	1704	76,93%
Oui	511	23,07%
J'évite au maximum et avec fermeté	2215	
Non	2078	93,81%
Oui	137	6,19%

G. Annexe 7 : résultats statistiques de l'analyse croisée simple

Attitude générale face à la demande de soin

Variables	J'accepte volontiers : Non (n=1631)	J'accepte volontiers : Oui (n=584)	p
Sexe	1627	584	<0.01
Hommes vs Femmes	40.14% (653)	64.73% (378)	
Age > 40 ans	1613	570	<0.01
Oui	72.23% (1165)	91.23% (520)	
Autre médecin dans la famille	1626	583	0.03
Oui	39.79% (647)	45.11% (263)	

Variables	J'accepte si je suis le médecin référent/traitant qui suit la personne habituellement : Non (n=1749)	J'accepte si je suis le médecin référent/traitant qui suit la personne habituellement : Oui (n=466)	p
Sexe	1745	466	0.59
Hommes	46.3% (808)	47.85% (223)	
Femmes	53.7% (937)	52.15% (243)	
Age > 40 ans	1723	460	<0.01
Oui	73.94% (1274)	89.35% (411)	
Participation à l'enseignement	1742	465	<0.01
Oui	35.88% (625)	43.23% (201)	

Variables	J'accepte mais avec réticence et uniquement ponctuellement et pour des choses simples : Non (n=1039)	J'accepte mais avec réticence et uniquement ponctuellement et pour des choses simples : Oui (n=1176)	p
Sexe	1037	1174	<0.01
Femmes vs Hommes	46% (477)	59.88% (703)	
Age > 40 ans	1018	1165	<0.01
Non	14.44% (147)	30.13% (351)	

Variables	J'accepte mais avec réticence et uniquement ponctuellement et pour des choses simples : Non (n=1039)	J'accepte mais avec réticence et uniquement ponctuellement et pour des choses simples : Oui (n=1176)	p
Autre médecin dans la famille	1037	1172	0.04
Non	56.51% (586)	60.84% (713)	

Variables	J'essaie d'éviter mais cède face à une éventuelle insistance : Non (n=1704)	J'essaie d'éviter mais cède face à une éventuelle insistance : Oui (n=511)	p
Sexe	1701	510	<0.01
Femmes vs Hommes	50.91% (866)	61.57% (314)	
Age > 40 ans	1678	505	<0.01
Non	20.92% (351)	29.11% (147)	

Variables	J'évite au maximum et avec fermeté : Non (n=2078)	J'évite au maximum et avec fermeté : Oui (n=137)	p
Sexe	2076	135	0.010
Femmes vs Hommes	52.65% (1093)	64.44% (87)	
Age > 40 ans	2049	134	0.010
Non	22.21% (455)	32.09% (43)	

Refus de prise en charge

Variables	REFUS : Non (n=827)	REFUS : Oui (n=1379)	p
Sexe	826	1376	<0.01
Femmes vs Hommes	45.88% (379)	57.63% (793)	
Age > 40 ans	811	1363	<0.01
Non	16.65% (135)	26.63% (363)	

Attitude générale lors de la prise en charge

Variables	Je le fais comme pour un patient normal : Non (n=930)	Je le fais comme pour un patient normal : Oui (n=1279)	p
Sexe	928	1277	<0.01
Hommes vs Femme	39.22% (364)	52% (664)	
Age > 40 ans	919	1258	<0.01
Oui	69.75% (641)	82.51% (1038)	

Variables	J'ai tendance à avoir une attitude maximaliste : Non (n=1824)	J'ai tendance à avoir une attitude maximaliste : Oui (n=379)	p
Sexe	1820	379	<0.01
Femmes vs Hommes	51.54% (938)	62.53% (237)	
Age > 40 ans	1793	378	<0.01
Non	20.91% (375)	32.28% (122)	

Variables	J'ai tendance à avoir une attitude minimaliste : Non (n=1801)	J'ai tendance à avoir une attitude minimaliste : Oui (n=402)	p
Sexe	1799	400	<0.01
Femmes vs Hommes	52.03% (936)	59.75% (239)	
Age > 40 ans	1776	395	<0.01
Non	21.68% (385)	28.35% (112)	

Respect des étapes d'une consultation

Variables	Etapes d'une consultation : Non (n=902)	Etapes d'une consultation : Oui (n=1307)	p
Sexe	901	1304	<0.01
Hommes vs Femmes	41.84% (377)	49.85% (650)	
Age > 40 ans	889	1288	<0.01
Oui	68.5% (609)	83.15% (1071)	
Participation à l'enseignement	900	1301	<0.01
Oui	33% (297)	40.66% (529)	

Pratique de tout type d'examen clinique

Variables	Tout type d'examen clinique : Non (n=1651)	Tout type d'examen clinique : Oui (n=555)	p
Sexe	1650	552	0.06
Hommes vs Femmes	45.39% (749)	50.18% (277)	
Age > 40 ans	1627	547	<0.01
Oui	74.25% (1208)	85.74% (469)	
Participation à l'enseignement	1647	551	<0.01
Oui	35.15% (579)	44.46% (245)	

Implication affective

Variables	Plutôt gérable (n = 1118)	Plutôt ingérable (n = 1097)	p
Sexe	1116	1095	<0.01
Hommes	56% (625)	37.08% (406)	
Femmes	44% (491)	62.92% (689)	
Age > 40 ans	1096	1087	<0.01
Non	17.06% (187)	28.61% (311)	
Oui	82.94% (909)	71.39% (776)	

Variables	Plutôt gérable (n = 1118)	Plutôt ingérable (n = 1097)	p
Participation à l'enseignement	1113	1094	<0.01
Non	59.21% (659)	66% (722)	
Oui	40.79% (454)	34% (372)	
Refus de pris en charge	1113	1093	<0.01
Non	43.94% (489)	30.92% (338)	
Oui	56.06% (624)	69.08% (755)	

Maintien de l'objectivité

Variables	Objectivité : Non (n=915)	Objectivité : Oui (n=1297)	p
Sexe	913	1295	<0.01
Hommes vs Femmes	36.91% (337)	53.51% (693)	
Age > 40 ans	902	1278	<0.01
Oui	66.85% (603)	84.59% (1081)	
Autre médecin dans la famille	913	1293	0.01
Oui	38.12% (348)	43.39% (561)	
Affect	915	1297	<0.01
Plutôt gérable vs plutôt ingérable	20.44% (187)	71.7% (930)	
Refus de PEC	912	1291	<0.01
Non	28.95% (264)	43.61% (563)	
Etapas d'une consultation	913	1295	<0.01
Oui	41.84% (382)	71.35% (924)	
Examen clinique	911	1294	<0.01
Oui	12.29% (112)	34.16% (442)	

Difficultés à respecter le secret professionnel

Variables	Difficultés avec le secret professionnel : Non (n=1788)	Difficultés avec le secret professionnel : Oui (n=420)	p
Sexe	1784	420	<0.01
Femmes vs Hommes	51.4% (917)	61.67% (259)	
Age > 40 ans	1759	417	<0.01
Non	21.09% (371)	29.98% (125)	

Sentiment d'être forcé de prendre en charge un proche

Variables	Sentiment d'obligation : Non (n=926)	Sentiment d'obligation : Oui (n=1280)	p
Sexe	923	1279	<0.01
Femmes vs Hommes	45.61% (421)	58.8% (752)	
Age > 40 ans	910	1264	<0.01
Non	17.69% (161)	26.5% (335)	
Participation à l'enseignement	920	1278	0.02
Non	59.78% (550)	64.71% (827)	
Autre médecin dans la famille	924	1276	0.05
Non	56.28% (520)	60.58% (773)	

Difficultés avec un confrère

Variables	Difficultés avec un confrère : Non (n=1773)	Difficultés avec un confrère : Oui (n=437)	p
Sexe	1770	436	<0.01
Femmes vs Hommes	51.69% (915)	60.09% (262)	
Age > 40 ans	1750	428	0.91
Non	22.74% (398)	23.13% (99)	

Variables	Difficultés avec un confrère : Non (n=1773)	Difficultés avec un confrère : Oui (n=437)	p
Oui	77.26% (1352)	76.87% (329)	
Autre médecin dans la famille	1770	434	<0.01
Non	56.89% (1007)	66.82% (290)	

Situation de conflit au sein de la famille

Variables	Conflit au sein de la famille : Non (n=2018)	Conflit au sein de la famille : Oui (n=194)	p
Sexe	2015	193	0.030
Femmes vs Hommes	52.7% (1062)	61.14% (118)	
Age > 40 ans	1989	191	0.460
Non	23.08% (459)	20.42% (39)	
Oui	76.92% (1530)	79.58% (152)	

Satisfaction supposée des proches

Variables	Satisfaction des proches : « Non » et « Oui et Non » (n=729)	Satisfaction des proches : « Oui » (n=1486)	p
Sexe	728	1483	0.72
Hommes	46.02% (335)	46.93% (696)	
Femmes	53.98% (393)	53.07% (787)	
Age > 40 ans	715	1468	<0.01
Oui	73.43% (525)	79.02% (1160)	
Etapas d'une consultation	726	1483	<0.01
Oui	47.38% (344)	64.94% (963)	
Examen clinique	722	1484	<0.01
Oui	14.27% (103)	30.46% (452)	

Variables	Satisfaction des proches : « Oui et Non » (n=695)	Satisfaction des proches : « Oui » ou « Non » (n=1520)	p
Sexe	694	1517	0.64
Hommes	45.82% (318)	47% (713)	
Femmes	54.18% (376)	53% (804)	
Age > 40 ans	681	1502	<0.01
Groupe : Non (pourcentage(effectif))	27.02% (184)	20.91% (314)	
Etapes d'une consultation	695	1514	<0.01
Groupe : Non (pourcentage(effectif))	52.95% (368)	35.27% (534)	
Examen clinique	691	1515	<0.01
Groupe : Non (pourcentage(effectif))	85.09% (588)	70.17% (1063)	

Satisfaction personnelle des médecins

Variables	Satisfaction des médecins : « Non » et « Oui et Non » (n=1147)	Satisfaction des médecins : « Oui » (n=1068)	p
Sexe	1145	1066	<0.01
Hommes vs Femmes	38.43% (440)	55.44% (591)	
Age > 40 ans	1134	1049	<0.01
Oui	71.08% (806)	83.79% (879)	
Etapes d'une consultation	1143	1066	<0.01
Oui	48.38% (553)	70.73% (754)	
Examen clinique	1138	1068	<0.01
Oui	17.4% (198)	33.43% (357)	
Affect	1147	1068	<0.01
Plutôt gérable vs plutôt ingérable	31.12% (357)	71.25% (761)	
Objectivité	1144	1068	<0.01
Oui	39.69% (454)	78.93% (843)	

Variables	Satisfaction des médecins : « Non » et « Oui et Non » (n=1147)	Satisfaction des médecins : « Oui » (n=1068)	p
Conflit avec un confrère	1143	1067	<0.01
Non	74.63% (853)	86.22% (920)	
Conflit intrafamilial	1144	1068	<0.01
Non	88.64% (1014)	94.01% (1004)	

Variables	Satisfaction des médecins : « Non » (n=218)	Satisfaction des médecins : « Oui » et « Oui et Non » (n=1997)	p
Sexe	218	1993	<0.01
Femmes vs Hommes	63.76% (139)	52.23% (1041)	
Age > 40 ans	214	1969	<0.01
Non	37.85% (81)	21.18% (417)	
Etapes d'une consultation	218	1991	<0.01
Non	68.35% (149)	37.82% (753)	
Examen clinique	216	1990	<0.01
Non	94.44% (204)	72.71% (1447)	
Affect	218	1997	<0.01
Plutôt ingérable vs plutôt gérable	85.32% (186)	45.62% (911)	
Objectivité	218	1994	<0.01
Non	84.86% (185)	36.61% (730)	
Conflit avec un confrère	216	1994	<0.01
Oui	32.41% (70)	18.41% (367)	
Conflit intrafamilial	217	1995	<0.01
Oui	20.28% (44)	7.52% (150)	

Variables	Satisfaction des médecins : « Oui et Non » (n=924)	Satisfaction des médecins : « Oui » ou « Non » (n=1291)	p
Sexe	922	1289	<0.01
Femmes vs Hommes	61.17% (564)	47.79% (616)	
Age > 40 ans	915	1268	<0.01
Non	26.89% (246)	19.87% (252)	
Etapas d'une consultation	923	1286	<0.01
Non	47.56% (439)	36% (463)	
Examen clinique	920	1286	<0.01
Non	79.78% (734)	71.31% (917)	
Affect	924	1291	<0.01
Plutôt ingérable vs plutôt gerable	64.94% (600)	38.5% (497)	
Objectivité	923	1289	<0.01
Non	54.5% (503)	31.96% (412)	
Conflit avec un confrère	923	1287	<0.01
Oui	23.62% (218)	17.02% (219)	
Conflit intrafamilial	923	1289	0.49
Non	90.68% (837)	91.62% (1181)	
Oui	9.32% (86)	8.38% (108)	

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1 : Diagramme de flux	46
Figure 2 : Attitude générale face à la demande de soin	57
Figure 3 : Différence d'attitude selon le proche concerné.....	59
Figure 4 : Statut de médecin traitant selon le proche concerné.....	61
Figure 5 : Lieux et horaires des consultations	65
Figure 6 : Rémunération	68
Figure 7 : Pyramide des âges du CNOM en 2018	110
Figure 8 : Pyramide des âges de notre échantillon.....	111
Tableau 1 : Répartition de la population selon le sexe et l'âge.....	48
Tableau 2 : Répartition de la population selon le mode d'exercice	50
Tableau 3 : Existence d'une orientation particulière	51
Tableau 4 : Participation à l'enseignement.....	52
Tableau 5 : Présence d'un autre médecin dans la famille.....	53
Tableau 6 : Connaissance des recommandations.....	54
Tableau 7 : Connaissance des textes	55
Tableau 8 : Demande de soins de la part d'un proche	56
Tableau 9 : Refus de prise en charge	60
Tableau 10 : Attitude générale lors de la prise en charge	63
Tableau 11 : Respect des étapes d'une consultation.....	66

Tableau 12 : Pratique de tout type d'examen clinique	67
Tableau 13 : Implication affective dans le soin aux proches	70
Tableau 14 : Maintien de l'objectivité	71
Tableau 15 : Difficultés avec le secret professionnel.....	72
Tableau 16 : Sentiment d'être forcé de prendre en charge un proche	73
Tableau 17 : Difficultés avec un confrère.....	74
Tableau 18 : Difficultés au sein de la famille	75
Tableau 19 : Satisfaction supposée des proches	76
Tableau 20 : Satisfaction personnelle des médecins	77
Tableau 21 : Répartition selon la limite d'âge de 40 ans	78
Tableau 22 : Récapitulatif des données de l'analyse croisée simple.....	88
Tableau 23 : Répartition des commentaires selon la réponse (refus de prise en charge).....	89
Tableau 24 : Répartition des commentaires selon la réponse (conflit au sein de la famille)	94
Tableau 25 : Répartition des commentaires selon les réponses (satisfaction personnelle des médecins)	97