HAL open science

Synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin à une demande de soins venant d'un de ses proches

Marion Beguin

To cite this version:

Marion Beguin. Synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin à une demande de soins venant d'un de ses proches. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00915086

HAL Id: dumas-00915086

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00915086

Submitted on 6 Dec 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Joseph Fourier GRENOBLE MEDECINE

SICD1 Bibliothèques de l'UJF et de Grenoble INP

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Université Joseph Fourier
Faculté de Médecine de Grenoble

Année 2013

Synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin à une demande de soins venant d'un de ses proches

THESE
Présentée pour l'obtention du diplôme d'état
De
DOCTEUR EN MEDECINE
DES de MEDECINE GENERALE

Par

Marion BEGUIN
Née le 3 juillet 1986 à Bourg St Maurice

Soutenance le 5 décembre 2013

Devant le jury composé de :

Président du Jury :	M. le Professeur Régis DE GAUDEMARIS
Membres du Jury :	M. le Professeur Bruno BONAZ
	M. le Professeur Thierry BOUGEROL
Directeur de thèse :	M. le Docteur Olivier MARCHAND

Professeurs des Universités – Praticiens hospitaliers 2012-2013

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline
ALBALADEJO	Pierre	Anesthésiologie-réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET	Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI	Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER	François	Biologie cellulaire
BLIN	Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BONAZ	Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
BOSSON	Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes
BOUILLET	Laurence	Médecine interne
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BRIX	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CAHN	Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
CARPENTIER	Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON	Philippe	Anatomie
CHAVANON	Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET	Christophe	Ophtalmologie

CHIROSSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN	Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER	Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI	Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
DE GAUDEMARIS	Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON	Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS	Maurice	Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie
ESTEVE	François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET	Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie
FONTAINE	Eric	Nutrition
FRANCOIS	Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN	Frédéric	Hématologie, transfusion
GAUDIN	Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI	Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY	Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI	Serge	Nutrition
HENNEBICK	Sylviane	Génétique et procréation
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie obstétrique
HOMMEL	Marc	Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Génétique
JUVIN	Robert	Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Physiologie
KRACK	Paul	Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Radiologie et imagerie médicale

LABARERE	José	Département de veille sanitaire
LANTUEJOUL	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LE BAS	Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA	Marie-	Dermato-vénéréologie
LEROUX	Dominique	Génétique
LEROY	Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
LETOUBLON	Christian	Chirurgie générale
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT	Jacques	Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE	Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN	Max	Bactériologie-virologie
MERLOZ	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MORAND	Patrice	Bactériologie-virologie
MORO	Elena	Neurologie
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie
MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
MOUTET	François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA	Jean-François	Anesthésiologie réanimation
PELLOUX	Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU	Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD	Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT	Christian	Chirurgie infantile
PISON	Christophe	Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Pédiatrie
POLACK	Benoît	Hématologie

PONS	Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Urologie
REYT	Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI	Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET	Jean-Paul	Ophtalmologie
SARAGAGLIA	Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
SCHMERBER	Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SCHWEBEL	Carole	Réanimation médicale
SERGENT	Fabrice	Gynécologie obstétrique
SESSA	Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Réanimation
TONETTI	Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO	Gérald	Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL	Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI	Philippe	Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

Maîtres de conférences des universités – Praticiens hospitaliers

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline
APTEL	Florent	Ophtalmologie
BOISSET	Sandrine	Agents infectieux
BONNETERRE	Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI	Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Cytologie et histologie
BOUZAT	Pierre	Réanimation
BRENIER–PINCHART	M. Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT	Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON	Mary	Hématologie, transfusion
DERANSART	Colin	Physiologie
DETANTE	Olivier	Neurologie
DIETERICH	Klaus	Génétique et procréation
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE	Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND	Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
GUZUN	Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
LAPORTE	François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY	Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT	Sylvie	Bactériologie, virologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON	Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Biostatistiques, information médicale et technologies en communication
MOUCHET	Patrick	Physiologie
PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PAYSANT	François	Médecine légale et droit de la santé

PELLETIER	Laurent	Biologie cellulaire
RAY	Pierre	Génétique
RIALLE	Vincent	Biostatistiques, information médicale et technologies en communication
ROUX-BUISSON	Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
SATRE	Véronique	Génétique
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER	Renaud	Physiologie

REMERCIEMENTS

Merci au Pr DE GAUDEMARIS, au Pr BONAZ et au Pr BOUGEROL de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse et pour leur intérêt porté à mon travail et à la médecine générale.

Merci au Dr Olivier MARCHAND pour avoir accepté de se lancer dans ce projet avec moi, pour ses conseils avisés et pour le temps précieux qu'il m'a accordé.

Merci à tous les médecins, patients et paramédicaux côtoyés durant ces longues études, pour tout ce qu'ils m'ont appris. Ils ont été déterminants dans ma façon de concevoir la médecine.

Merci à tous mes proches pour m'avoir inspiré mon sujet de thèse…

Merci à ma famille pour leur amour et leur soutien, pour m'avoir permis de devenir ce que je suis aujourd'hui.

Merci à tous mes amis de divers horizons : de Chambéry, de Médecine, de la Yoghurt Team, aux amis du FITC et du CCSP, pour tous ces moments de détente, de partage et de joie, de vraies bouffées d'oxygène !

Et enfin, Merci à Mathieu d'être toujours à mes côtés, et pour son art à me faire relativiser…

SOMMAIRE

GLOSSAIRE 10

INTRODUCTION 12

METHODE 13

RESULTATS 15

a) La réponse légale et déontologique 16
b) Facteurs individuels influençant la décision de soigner son proche 17
c) Une décision soumise à de nombreuses influences familiales et professionnelles . 20
d) Nécessité d'une réflexion antérieure 21
e) Décider en fonction de la demande 23
f) Exemples de réponses types 24
g) Règles à se fixer si le médecin accepte 25

DISCUSSION 28

CONCLUSION 34

BIBLIOGRAPHIE 35

ANNEXE 1 Détails des recherches 38
ANNEXE 2 Synthèse des documents retenus 1/3 …….....39
ANNEXE 3 Synthèse des études quantitatives 1/2 42
ANNEXE 4 Difficultés exprimées par les médecins dans les études qualitatives.....44
ANNEXE 5 Difficultés exprimées par les médecins d'après des études quantitatives 45
ANNEXE 6 Les solutions proposées 46

SERMENT D'HIPPOCRATE 47

ABSTRACT.....48

RESUME 49

GLOSSAIRE

BIUM : Bibliothèque Inter universitaire de Médecine.

URL: http://www.bium.univ-paris5.fr/medecine/debut.htm

CAIRN INFOS : Plate-forme de diffusion de publications en sciences humaines et sociales. URL : http://www.cairn.info/

CISMEF : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française.

URL : http://www.chu-rouen.fr/cismef/

Collaboration COCHRANE : Organisation indépendante qui a pour but de regrouper des données médicales scientifiquement validées de manière accessible et résumée. Ces travaux sont publiés dans la bibliothèque Cochrane (base de données en ligne de recherche médicale).

EMBASE : Base de données internationale en sciences de la santé, sciences biomédicales et pharmacie, produite par Elsevier.

GOOGLE SCHOLAR : moteur de recherche spécialisé dans la littérature de recherche universitaire

URL : http://scholar.google.fr/

MESH (Medical Subject Headings) : Vocabulaire contrôlé du thesaurus de la National Library of Medicine. Il s'agit d'un ensemble de termes appelés descripteurs organisés hiérarchiquement qui permet de faire des recherches selon différents niveaux de spécificités, notamment sur PUBMED.

PSYC INFOS : Base de données de l'American Psychological Association (APA) donnant accès à des articles en psychologie et domaines connexes (médecine, soins infirmiers, sociologie, etc.) du 19e siècle à nos jours.

PUBMED : Base de données bibliographique produite par le Centre National pour l'Information de Biotechnologie (NCBI), et une partie de la Bibliothèque Nationale de Médecine des Etats-Unis (NLM).

URL : http://www.pubmed.gov/

SUDOC (Système Universitaire de Documentation) : Catalogue des collections des bibliothèques universitaires françaises.

URL : http://www.sudoc.abes.fr/

INTRODUCTION

«Je sais que t'aimes pas donner des conseils médicaux mais… » (1).

Selon plusieurs enquêtes de pratique, la quasi-totalité des médecins étaient sollicités par leurs proches, 76 à 99% avaient soigné au moins une fois un proche, et 20 à 81% étaient leurs médecins traitants déclarés (2–12). Ces proches étaient le plus souvent ceux du noyau familial et les amis (2–6,10,12). Les médecins prenaient généralement en charge des maladies bénignes mais ils étaient confrontés aussi à des pathologies plus lourdes chez leurs proches et se retrouvaient parfois impliqués volontairement ou non. 38 à 66% des médecins interrogés se retrouvaient en difficulté et un quart en moyenne avaient déjà été mal à l'aise face à certaines demandes (3,4,6,7,10,12).

Les difficultés exprimées par les médecins dans des études qualitatives, étaient principalement le manque d'objectivité, une prise en charge modifiée par rapport à un patient classique, les répercussions sur les liens amicaux et familiaux, les difficultés avec les confrères et l'influence sur le bien-être du médecin (13–16). Selon CHEN (17), elles étaient liées à la confusion des rôles, à l'impossibilité de satisfaire à la fois ses idéaux en tant que médecin et en tant que proche, à la fois les attentes de sa famille et des confrères.

Face à ce constat, quelles sont les solutions proposées dans la littérature pour répondre en tant que médecin à une demande de soins venant d'un de ses proches ?

L'objectif de ce travail était de rassembler et de synthétiser les solutions proposées, notamment dans le but d'offrir aux médecins des moyens de limiter les difficultés rencontrées et de mieux vivre leurs décisions.

METHODE

La recherche a utilisé les différents moteurs de recherche suivants : PUBMED, COLLABORATION COCHRANE, EMBASE, GOOGLE SCHOLAR, CISMEF, mais aussi les bases de données de sciences humaines PSYCINFOS et CAIRNINFOS. La base de donnée SUDOC a aussi été consultée pour retrouver les thèses françaises ainsi que les moteurs de recherche de plusieurs revues médicales (PRESCRIRE, EXERCER, REVUE DU PRATICIEN, MÉDECINE, LE GÉNÉRALISTE).

Les principaux mots-clés utilisés étaient : soigner ses proches/famille, médecin généraliste, relation médecin malade, médecin de sa famille, éthique.

En anglais, et notamment les termes “MESH” les plus pertinents qui ont été retenus étaient : « family », « self care », « physician », « ethics », « physician patient relations », « treat your relatives/family ».

Les termes MESH issus des articles sélectionnés ont été regroupés et réutilisés pour élargir la recherche. L’équation de recherche dans PubMed a été enregistrée afin de recevoir des alertes mails en cas de nouvelles réponses.

Les bibliographies des différents articles ont toutes été étudiées afin de trouver d'autres sources pertinentes.

Les critères de sélection étaient tout type d'articles et ouvrages, anglais et français, ou travaux de thèses, quelque soit la date de parution, le sujet étant considéré comme intemporel.

L'article devait traiter de la pratique des médecins face à une demande de soins venant d'un proche. Les proches étaient définis par l'existence d'un lien affectif avec le médecin (famille et amis).

Les critères d’exclusions de cette recherche étaient : le fait de se soigner soi-même en tant que médecin, l'automédication du patient, la prise en charge des proches des patients (par exemple les aidants), la prise en charge des familles de médecins par les collègues ; les situations d’urgences vitales et relatives ont été exclues, puisque dans ces cas l’intervention du proche médecin s’il est prévenu ou à proximité, est une obligation légale et si ce n’est pas le proche qui en fait la demande pour convenance personnelle. Les articles redondants et n'apportant rien de nouveau ont également été exclus et ce sont les plus récents ou les plus complets qui ont alors été conservés.

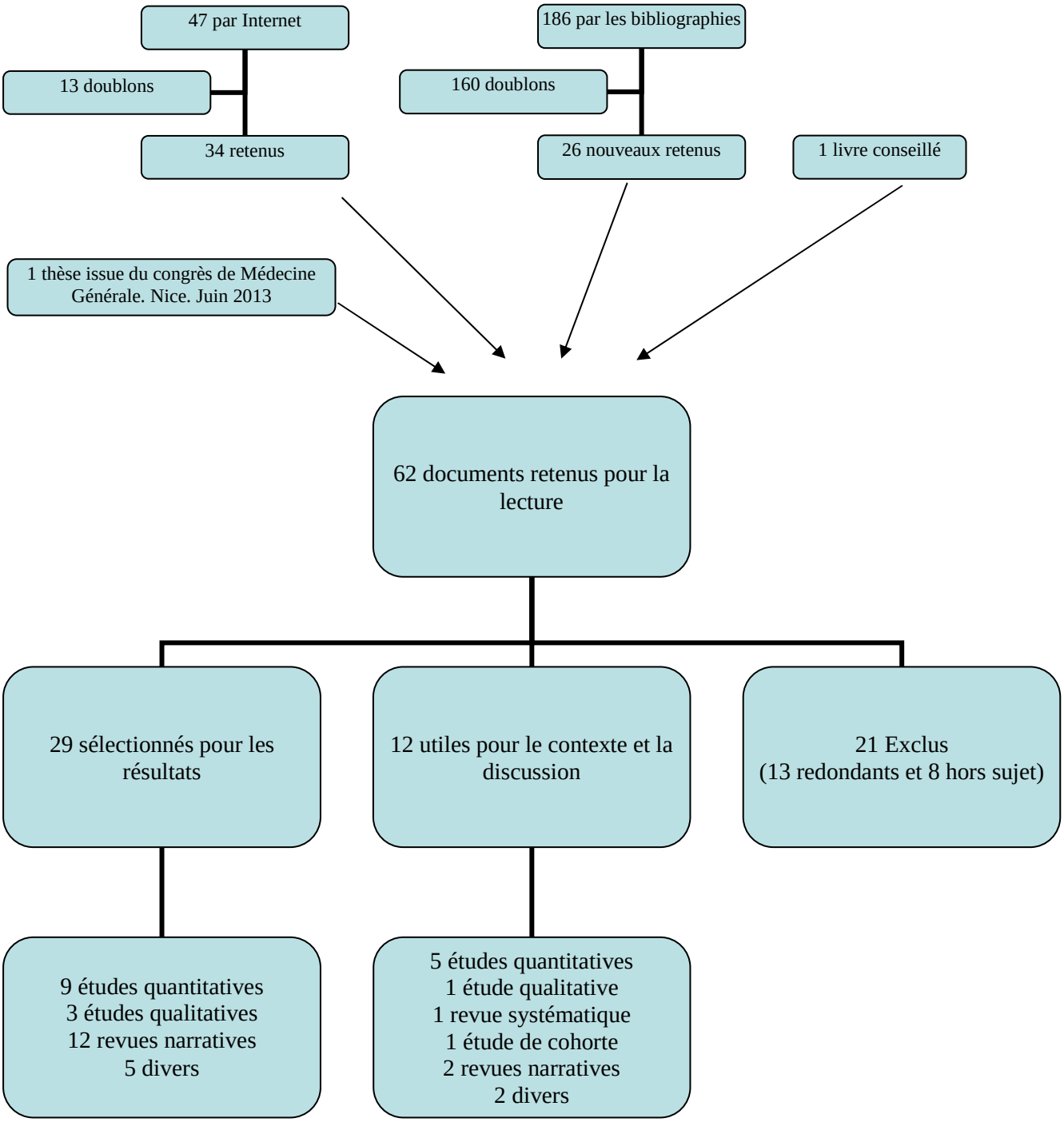
La recherche a été arrêtée quand il n’y avait plus de nouveaux documents et que les mêmes références revenaient à chaque fois. Une triangulation a été faite auprès de la BIUM (Bibliothèque InterUniversitaire de Santé de Paris) qui a reproduit de façon indépendante la recherche et elle n’a pas permis de recueillir de nouveaux documents. La recherche a alors été considérée comme complète.

Toutes les études ont été analysées d'un point de vue méthodologique, recherchant les biais potentiels et évaluant leurs cohérences interne et externe.

Les principales informations (type, date et lieu, auteur, titre, objectif, méthode, biais) de chaque étude ont été regroupées dans un tableau (Annexe 2), et un résumé des principaux résultats correspondant aux critères de sélection a été fait pour chaque document.

Ces résultats ont ensuite été classés par thèmes dans des tableaux, afin de ne rien oublier et d'avoir un angle de vue global pour en faire la synthèse.

RESULTATS



Cette recherche est détaillée en Annexe 1.

La triangulation de recherches effectuée par la BIUM a retrouvé 30 documents : 19 communs et 11 non pertinents. Il n'y a pas eu de nouveau document retenu.

a) La réponse légale et déontologique

Selon le Serment d'Hippocrate, « je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera » (18). L'article 7 du code la déontologie médicale en France stipulait que le médecin doit soigner en toutes circonstances et avec la même conscience toute personne, quelque soit sa situation (19).

En 1803, Thomas PERCIVAL, médecin et philosophe anglais, considérait que l'éthique médicale voudrait qu'on ne soigne pas ses proches. Il soulignait que l'anxiété générée par la maladie de ses proches risquait d'obscurcir son jugement et de produire de la timidité et de l'irrésolution dans sa pratique (20).

En 1980, la corporation professionnelle des médecins du Québec et le Collège des Médecins du Québec promulguait un code de déontologie médicale qui fait mention de ceci: «Sauf dans les cas d'urgence ou dans les cas qui manifestement ne présentent aucune gravité, le médecin doit s'abstenir de se traiter lui-même ou de traiter son conjoint ou ses enfants » (21).

Aux USA, l'AMA (American Medical Association) dans son code d'éthique médical recommandait de ne pas soigner ses proches, hors les situations d'urgence ou dans des endroits isolés où aucun autre médecin n'est disponible. Le médecin ne devait pas être le médecin référent de ses proches mais pouvait occasionnellement prendre en charge les problèmes bénins aigus (22).

Certains états des USA (Viriginie, Massachussets, Caroline du Nord) requéraient même de tenir un dossier médical sur tous ces actes, de documenter un examen clinique et interrogatoire avant toute prescription, et interdisaient la prescription de substances contrôlées pour des proches. Certaines assurances comme Medicare ne remboursaient pas les actes donnés à un proche (23).

b) Facteurs individuels influençant la décision de soigner son proche

⇨ *En fonction de l'âge, du sexe et du type d'exercice du médecin* (4,5,7,10,13,16,24–27)

	Age	Sexe	Lieu d'installation	Spécialité
LASSERRE CORNEC	les médecins plus âgés soignaient plus fréquemment leurs proches, étaient plus souvent leurs médecins traitants, soignaient plus facilement les maladies chroniques et psychiatriques.			
COTTEREAU		Les femmes semblaient moins satisfaites de leur prise en charge, pensaient davantage que celle-ci était modifiée par rapport à un patient classique, mais semblaient accepter autant que les hommes	Pas de différence	
CASTERA				
REAGAN	L'inconfort et les difficultés de positionnement pour le médecin, pouvaient être accrus avec des proches de la même génération ou plus âgés, par inversion de l'autorité	Les hommes âgés exerçant en milieu rural prenaient plus en charge leurs proches, que les femmes plus jeunes en milieu urbain.		
LA PUMA	les hommes âgés soignaient +			Les médecins de famille plus que les spécialistes d'organes ou chirurgiens.
DUSDIEKER				les pédiatres prenaient plus en charge leurs propres enfants, suivis des médecins généralistes puis des autres spécialités
DAGNICOURT	La nouvelle génération semblait plus réticente à soigner ses proches et sensible aux problématiques posées du fait de l'évolution des pratiques, mais aussi de la formation reçue et des efforts de sensibilisation à l'éthique du corps enseignant			
KERRIGAN ET OBERHEU				Problème particulier des chirurgiens : que faire si un chirurgien cardiaque de garde se retrouve face à sa propre mère qu'il faut opérer rapidement d'un pontage, sachant qu'il est le plus expérimenté sur place, mais que son implication affective risque d'entraver ses capacités ?
MARIN MARIN	les internes étaient plus en difficulté que leurs aînés (plus de 90% en avaient)			Une spécificité de la position d'interne était la difficulté parfois à être considérés comme médecins par leurs proches, avec la sensation d'être testé et la peur de perdre en crédibilité

⇨ *En fonction de sa religion et du milieu culturel*

Dans sa thèse, VALLEREND (3) exposait qu'exercer comme médecin au sein de sa famille dépendait aussi de sa religion et de son milieu culturel. Par exemple, dans la religion musulmane, une femme avait d'autant plus de mal à découvrir son intimité que le médecin était un proche ; idem pour un homme examiné par une femme médecin de sa famille.

⇨ *En fonction de la personnalité du médecin*

PELTZ AIM (14) remarquait que l'attitude du médecin était guidée par sa propre personnalité. Nombres de situations rapportées illustraient la « fonction apostolique » du médecin. Certains praticiens refusaient sans difficulté les sollicitations qui leur semblaient inappropriées. Les médecins qui concevaient que la médecine était faite pour soulager, et que toute demande reflétait un besoin, cédaient souvent aux sollicitations et allaient accepter à contre cœur de délivrer des soins et de subir certaines situations. Le médecin fort de ses compétences, qui déléguait difficilement et ressentait le besoin de contrôler les situations, décidait plus aisément de soigner ses proches. Les médecins ayant besoin de reconnaissance, sensibles au regard des autres ou se laissant guider par leur amour propre acceptaient plus facilement.

⇨ *En fonction de l'existence d'autres médecins dans la famille*

Selon les enquêtes de DAGNICOURT et BONVALOT (6,13), la tradition familiale et le fait d'être issu d'une « famille de médecins » semblaient influencer le regard du praticien et conditionner ses choix.

Selon VALLEREND (3), la présence d'autre(s) médecin(s) dans la famille annihilait la valeur sociale du statut professionnel et soulageait de la responsabilité unique de la santé des proches. Cette coexistence pouvait être perçue comme un fardeau, car les agissements du nouveau médecin étaient évalués en fonction de ceux de son proche-confrère et son libre-arbitre était compromis au regard des mœurs instaurés.

Dans une famille initialement sans médecin, le fait que l'un des membres le devienne était perçu comme un évènement, associé ou non à une ascension sociale, avec tout son cortège de privilèges : disponibilité et commodité, accès au savoir médical et conseils permanents.

Les demandes étaient alors souvent nombreuses et le médecin devait déterminer les limites de son implication dans la santé de ses proches.

Il ne pouvait se soustraire à son rôle de conseiller et de référent, car il était le seul susceptible de traduire le jargon médical et était dépositaire de la confiance de ses proches (3).

⇨ *En fonction de la relation affective préexistante avec le proche*

VALLEREND (3) remarquait que la relation du médecin avec ses proches malades variait en fonction du lien familial qui les unissait et de leurs positions hiérarchiques respectives. L'influence du praticien était fluctuante selon l'individu concerné, mais aussi dans le temps avec un même individu. Soigner ses parents procurait orgueil et fierté aux deux protagonistes mais inversait la relation d'autorité, et entraînait des bouleversements importants dans leurs identités et rapports familiaux. Soigner ses enfants était parfois le prolongement du rôle de parent, mais trouver la juste mesure entre nonchalance et excès de zèle était difficile et il était préférable, surtout au moment de l'adolescence, de confier ses enfants à un confrère pour ne pas altérer la relation. Soigner son conjoint semblait être une évidence et une preuve d'amour, mais cela entraînait un rapport hiérarchisé avec une position de faiblesse pour le patient et de force pour le médecin, ainsi qu'une dépendance réciproque.

Selon le comité d'éthique de l'American College of Physicians (ACP), pour décider si un patient était trop intime pour que le médecin le prenne en charge, ce n'était pas le type de relation qui comptait mais le fait que le médecin soit émotionnellement proche : un ami pouvait être plus proche qu'un membre de la famille éloigné géographiquement (28).

c) <u>Une décision soumise à de nombreuses influences familiales et professionnelles</u>

CHEN (17) proposait une série de questions que les médecins devraient se poser avant de prendre une décision pour clarifier leurs attentes et les différentes influences entrant en jeu dans le conflit des rôles:

En tant que proche :
- Quels sont mes rôles au sein de la famille ?
- Quelles en sont les composantes auxquelles je tiens le plus ?
- En quoi mes connaissances médicales changent mon rôle au sein de la famille ?

Attentes des autres membres de la famille :
- Qu'est ce que ma famille attend de moi en tant que médecin ?
- Comment je me sens face à ces attentes ?
- Comment je me comporte en réponse à ces demandes ?
- Quelles seraient les conséquences si j'agissais différemment ?

En tant que médecin :
- Quels sont les aspects de mon identité professionnelle auxquelles je tiens ?
- En quoi ma relation intrafamiliale interagit avec mon identité professionnelle?

Attentes des autres médecins :
- Comment les autres médecins sollicitent-ils mon implication ?
- Comment je me sens face à ces sollicitations ?
- Comment je me comporte face à elles ?
- Quelles seraient les conséquences si j'agissais autrement ?

Le médecin n'était pas toujours libre de sa décision. Il était soumis à un conflit interne, et ne pouvait satisfaire à la fois ses volontés en tant que médecin et en tant que proche, et les attentes de sa famille et de ses confrères (17).

COTTEREAU (7) remarquait que les expériences et le vécu du médecin allaient fortement influencer sa décision de soigner ou non ses proches, selon que les prises en charges ou refus antérieurs s'étaient bien ou mal passés.

Selon MOSSMAN (29), il fallait anticiper le fait que des demandes informelles allaient être faites par les proches et comprendre les émotions et forces qui dirigeaient ce type de prescriptions pour être prêt à donner une réponse appropriée.

LASSERRE (4) évoquait le concept de double contrainte qui s'imposait au médecin, quand un parent le sollicitait professionnellement. La relation affective pré existante rendait moralement inacceptable le rejet de l'autre que constituait un refus de soins mais la qualité des soins pouvait en être diminuée par manque d'objectivité, ce qui était inacceptable sur le plan professionnel. Les deux positions, en tant que médecin et en tant que proche, semblaient incompatibles, ce qui rendait le médecin généralement frustré qu'il ait décidé de répondre favorablement ou non à la demande.

L'ouvrage « Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens » (30) permettait de prendre conscience de toutes les techniques, conscientes ou non, qui influençaient nos décisions dans la vie professionnelle et personnelle. Cela permettait d'expliquer plusieurs situations où les médecins se retrouvaient à soigner leurs proches au-delà de ce qu'ils auraient souhaité. Par exemple, la technique du pied dans la porte était un effet de persévération d'une décision antérieure : les sujets engagés dans un premier comportement librement décidé (par exemple soigner une angine ou vérifier un tympan au cours d'un repas de famille) acceptaient plus facilement une requête ultérieure plus coûteuse (maladie plus grave du grand-père ou certificat de sport du cousin, présents aussi au même repas), ce qu'ils n'auraient pas fait spontanément.

d) <u>Nécessité d'une réflexion antérieure sur les enjeux de la prise en charge d'un proche</u>

EASTWOOD (31) recommandait de réfléchir à sa propre ligne de conduite, ses propres recommandations en fonction des situations et de soupeser les questions éthiques et légales. Cela facilitait la décision quand le médecin était confronté à une demande, à un proche en souffrance et permettait de mieux vivre sa décision. Réfléchir sur soi-même et échanger avec les collègues pour gérer les différents rôles, étaient nécessaire.

LA PUMA (32) proposait sept questions que les médecins devraient se poser face à une demande de soins venant d'un membre de la famille. Il excluait les situations d'urgence ou les problèmes récurrents mineurs qui ne devaient pas affecter l'objectivité du médecin ou soulever de problèmes éthiques.

- Suis-je formé pour gérer la demande de soins de mon proche ?
- Suis-je trop proche pour l'interroger sur son histoire personnelle et état physique, et pour être porteur de mauvaises nouvelles le cas échéant ?
- Puis-je être suffisamment objectif pour ne pas dispenser trop ou pas assez de soins ou de façon inappropriée ?
- Est-ce que mon implication médicale est susceptible de provoquer ou d'intensifier des conflits intrafamiliaux ?
- Mes proches seront-ils plus compliants si les soins sont prodigués par un médecin indépendant ?
- Vais-je autoriser le médecin à qui j'adresse mes proches à s'occuper d'eux ?
- Suis-je prêt à rendre des comptes à mes pairs et à la société pour cette prise en charge ?

L'enquête qualitative de DAGNICOURT (13) a permis de soulever d'autres interrogations susceptibles de compléter ces questions :

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

FROMME (33) conseillait face à une demande de soins de se poser la question : « Qu'est ce que je pourrais faire dans cette situation si je n'avais pas un doctorat en médecine ? »

Si la réponse apportée à la demande de soins nécessitait obligatoirement une licence médicale, il fallait alors se montrer très prudent pour éviter les conflits de rôles et pour éviter à la fois de nuire au patient et d'angoisser le médecin-proche.

Pour MOSMANN (29), il fallait toujours se poser la question : « Puis-je l'éviter ? Y a t il une autre option ? » Si la réponse était oui, il fallait refuser.

e) Décider en fonction de la demande

(3,28,33)

	Risque minime	Risque modéré	Risque élevé
FROMME	Information sur la nécessité d'aller voir un médecin Education thérapeutique Aider à naviguer dans le système de soins de santé Accompagner aux consultations et interpréter le jargon médical	Suggérer que le patient n'a pas besoin de s'inquiéter, ni de consulter un médecin Renouvellement occasionnel d'une ordonnance faite par le médecin traitant Suggérer des médicaments de façon informelle	Prescrire un médicament non prescrit par le médecin traitant, une substance contrôlée ou un médicament psychoactif, des examens complémentaires Vérifier des résultats Coordonner les soins Prendre des décisions sans passer par le médecin traitant ou le patient Réaliser un geste au-delà des premiers secours
VALLEREND Implication affective	Affect peu mis en jeu, caractère bénin de la maladie, absence de réflexion qu'elle demande de la part du médecin, caractère coutumier. Pas d'appréhension car l'implication du savoir médical est minime et l'état du patient a peu de chance de se compliquer. Adresser à un confrère pour des faits si banals, semble disproportionné et les proches ne comprendraient pas qu'un service si anodin leur soit refusé	Situations de dépistage ou de suivi de maladies chroniques, qui amène le médecin à s'immiscer dans la vie de son proche en lui dictant une conduite, avec souvent une prise en charge moins rigoureuse Situations des cas simples mais qui pourraient se compliquer : la charge émotive n'est pas réellement déstabilisante, mais elle intervient en filigrane : peur de l'échec et du jugement familial.	Situations engendrant un panel de sentiments chez le médecin, difficiles à gérer dans un contexte médical avec une distanciation quasi impossible. Il ne peut scinder ces deux parties de lui-même, être proche et médecin : il est terrorisé à cause de ses connaissances et est ébranlée face au bouleversement familial que la pathologie engendre
ACP	en cas d'urgence, dans des lieux isolés le temps d'avoir un autre médecin disponible ou encore pour un problème bénin dans le domaine de compétence du médecin		rôle de médecin traitant, chirurgie et psychiatrie

LATESSA (23) soulignait que les médecins étaient fréquemment sollicités pour des avis médicaux dans des situations sociales (soirée...) mais ils avaient alors rarement assez d'informations pour donner un conseil spécifique avisé.

KORENMAN et REAGAN (24,34) recommandait de rester dans son domaine de compétence, d'éviter les situations non urgentes, de ne traiter que les problèmes bénins, de conseiller quand voir un médecin, de ne prescrire que ce qui est déjà prescrit par le médecin habituel, de refuser ce que l'on refuserait pour un patient autre.

f) Exemples de réponses types

EASTWOOD (31) a proposé des réponses types à une demande de soins venant d'un proche :

- Oui, bien sûr, je serais ravi de t'aider mais…
- Permets-moi de m'assurer que je comprends bien ce que tu me demandes.
- Je serais ravi de continuer à être impliqué mais…
- J'aimerais pouvoir t'aider mais je t'en prie, comprends que (je ne t'ai pas examiné) (je ne suis pas cardiologue) (je ne suis pas ton médecin)…
- Je ne suis pas ton médecin, mais dans des situations comme celles là je crois que (X) est recommandé.
- Je suis désolé, mais je ne pense pas que je puisse faire ça.
- Dans ces circonstances, tu ne devrais pas compter sur moi pour des conseils médicaux.
- Je me sentirais mieux si tu demandais à ton médecin pour ce sujet.
- Je suis ton ami et il se trouve que je suis médecin, mais je pense que tu peux comprendre que c'est différent d'être Ton médecin

g) Règles à se fixer si le médecin accepte

- **Expliquer à ses proches**

Les médecins devraient avoir une discussion franche avec leur famille à propos des situations où ils pourraient les traiter ou pas (23).

EASTWWOD conseillait aux médecins d'être clairs concernant leurs attentes et celles du demandeur, de clarifier s'il s'agit d'une simple information médicale, un jugement, ou une implication plus grande dans la prise en charge, de dire dès le départ si cela les embarrassait ou s'ils refusaient (31).

Il fallait cadrer dès le départ la relation de soin et exposer au proche patient les règles, afin de maintenir une certaine distance, et de mettre de côté les émotions (13,14).

Les difficultés et les conséquences éventuelles des soins devaient être exposées au proche patient afin que celui-ci prenne aussi conscience des limites de cette relation (33).

- **Cadrer la consultation**

Il faudrait prendre en charge ses proches avec la même expertise professionnelle qu'avec n'importe quel autre patient (31).

DAGNICOURT et PELTZ AIM (13,14) recommandaient de respecter le cadre d'une consultation standard (au cabinet, même matériel, éviter le conseil par téléphone). Le règlement était évoqué par certains comme moyen de formaliser la consultation, et de permettre au médecin de raisonner et d'agir plus en tant que tel qu'en tant que proche.

Toutes les étapes d'une consultation habituelle devaient être respectées dans la mesure du possible :

- ✓ Recueillir une anamnèse complète
- ✓ Réaliser un examen clinique approprié
- ✓ Créer un dossier médical qui documente la nécessité de la prescription et permet la continuité des soins

- ✓ Informer le patient des bénéfices/risques et effets secondaires
- ✓ Respecter la confidentialité et l'autonomie du patient, demander son accord avant le partage d'informations
- ✓ Informer des nécessités de suivi et adresser à un confrère si nécessaire

(28,29,31)

Le Dr MOSSMAN (29) soulignait que les prescriptions informelles auprès de proches étaient dures à défendre en justice, car elles semblaient souvent suspectes et mal documentées.

Pour JOHNSON (35), avocat spécialisé dans la santé à New York, à partir du moment où un conseil avait été donné, il existait une relation médecin-malade et donc le médecin devait pouvoir rendre des comptes aux yeux de la loi et était responsable de ses actes.

- **Respecter vie privée / vie professionnelle**

Selon DAGNICOURT (13), un travail de réflexion régulier pour limiter l'intrusion de la relation personnelle dans la relation de soin était nécessaire. Des médecins de l'enquête conseillaient de respecter un espace personnel privé et de séparer l'univers professionnel de l'intimité de la maison.

Il était important de toujours rester conscient que le rôle de médecin pouvait rentrer en conflit avec le rôle de proche, entre le jugement professionnel et émotionnel (31).

- **Le cas particulier des enfants**

Le Dr Mc SHERRY (36) évoquait les attitudes pathologiques de certains parents-médecins envers leurs enfants. Pour les éviter, il recommandait de ne pas faire de médecine « express », de ne pas prescrire par téléphone, de faire confiance à leurs enfants, de leur permettre d'avoir un médecin indépendant avec qui ils puissent établir une relation et un suivi, d'éviter de donner un second avis après un collègue, en cas de doute d'appeler le médecin référent pour en discuter.

- **Adresser à un confrère**

Recourir facilement à un confrère pour avoir un avis extérieur neutre et partager les décisions, lui adresser dès que nécessaire son proche-patient, lui faire confiance et ne pas interférer sur ses décisions, étaient importants pour une bonne prise en charge (13,14).

- **Préférer le rôle de conseiller**

Le comité d'éthique américain soulignait la possibilité pour les médecins d'orienter et de conseiller leurs proches dans le système de santé sans directement les traiter (28).

L'anesthésiste Dr GIANNINI (37) conseillait de garder une petite lumière allumée dans sa tête, bienveillante pour s'assurer que son proche recevait les soins appropriés, sans intervenir à outrance, interférer, demander des soins ou examens futiles non justifiés.

Les internes interrogés par MARIN MARIN tendaient vers un accompagnement informatif de leurs proches (16).

- **Echanger avec ses pairs**

Les entretiens de DAGNICOURT montraient que les médecins impliqués dans l'enseignement ou participant à un groupe Balint avaient déjà une réflexion riche sur le sujet et exprimaient la nécessité de poursuivre leur cheminement (13).

Plusieurs internes interrogés par MARIN MARIN ont évoqué le besoin de partager leur expérience avec des pairs, avec qui ils pourraient évoquer leurs inquiétudes médicales et les difficultés liées à leur position (16).

DISCUSSION

La plupart des études retrouvées sont des enquêtes descriptives transversales de pratique, déclaratives et monocentriques, avec souvent des petits effectifs. Les biais inhérents à cette méthode sont des biais de déclaration (subjective), de non-réponse, dus aux questions fermées (l'enquêteur peut influencer la réponse en formulant la question d'une certaine façon, « on ne trouve que ce que l'on cherche ») et d'interprétation des réponses (quand celle ci sont floues, incomplètes ou contradictoires). Elles sont donc d'un faible niveau de preuve.

Les études qualitatives n'ont pas réalisé de triangulation des chercheurs, ni fait intervenir de modérateur indépendant. Seulement trois thèses (13,14,16) parlent de saturation des données et recherche de variation maximale, mais l'effectif semble réduit et le recrutement a été fait dans l'entourage des enquêteurs. Il y a la possibilité d'un biais de désirabilité sociale.

Les études quantitatives ont été réalisées avant les études qualitatives, ce qui est à l'inverse de l'ordre méthodologique attendu, et les items des questionnaires reposent en général sur peu de bibliographie. Cependant, les études qualitatives confortent ces items, car ils sont évoqués par les médecins interrogés, et permettent de détailler et d'étoffer ce qui n'était que supposé dans les enquêtes quantitatives précédentes.

Enfin, il y a une seule revue systématique pour 14 revues narratives. Ces dernières sont d'un moins bon niveau de preuve car très influencées par l'avis des auteurs.

Concernant cette revue de littérature, les principales limites sont l'absence de triangulation de sélection et le faible niveau de preuve des études.

Une seule autre revue de littérature systématique a été retrouvée, celle de SCARFF en 2012 recherchant la prévalence de l'intervention des médecins dans le soin de leurs proches et les arguments pour ou contre cette pratique. Les résultats sont concordants mais la recherche a été limitée aux articles en anglais (38).

La quasi-totalité de cette recherche est issue de travaux français, américains ou canadiens. Cependant, les articles de HUSAIN au Pakistan, de NIK-SHERINA en Malaisie, d'ANAH au Nigeria et de GIANNINI en Italie ont permis d'élargir et de retrouver des points de vue plutôt concordants de par le monde sur la question (12,15,37,39).

Stricto sensu, selon le législateur français, il n'existe pas de recommandation sur le fait de soigner ou non ses proches et le conseil de l'Ordre ne se positionne pas non plus clairement sur la question. En pratique, le médecin généraliste peut légalement et déontologiquement soigner ses proches et même être leur médecin traitant. Toutefois, des réserves peuvent être émises selon l'interprétation des textes. Par exemple, dans le serment d'Hippocrate : « je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera », donne la possibilité voire le devoir d'accepter une demande de soins d'un proche, mais il est précisé également « je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission », or cette indépendance est compromise quand il s'agit d'un proche (18).

Par ailleurs, l'article 7 du code de la déontologie stipule que le médecin doit soigner en toute circonstance et avec la même conscience toute personne, quelque soit sa situation. Mais, le Conseil de l'Ordre ajoute en commentaire de cet article sur son site internet : *« Le médecin doit aussi s'efforcer de ne pas être influencé par les sentiments inspirés par les personnes rencontrées (…) le médecin va soigner un ami, un proche ou une personnalité avec une attention renforcée, des précautions supplémentaires, qui peuvent être aussi bien bénéfiques que nuisibles. L'objectivité nécessaire à l'action du médecin s'accommode mal de sentiments subjectifs »* (19).

Des réserves peuvent aussi être émises concernant le contrat de soins, l'autonomie du patient et le consentement éclairé, quand il s'agit d'un proche. Ce dernier peut être réticent à exprimer sa préférence pour un autre médecin ou à refuser une recommandation, de peur d'offenser le médecin.

En particulier, les enfants mineurs ne se sentent généralement pas libres de refuser des soins de leurs parents. De même, les médecins peuvent se sentir obligés de fournir des soins aux membres de leur famille, même s'ils se sentent mal à l'aise avec cette prise en charge. Le secret médical peut être plus difficile à tenir dans le cercle familial, l'obligation de moyens peut être difficile pour des examens invasifs ou intimes, l'intérêt du patient n'est pas forcément celui de son enfant, l'affectif peut modifier les décisions…

Toute réserve est bien sûr exclue des cas d'urgences, où l'intervention du médecin qui en est averti est une obligation légale (article 9 du code de déontologie) (19). Mais la question se pose toutefois de l'urgence réelle et de l'urgence ressentie, qui est d'autant plus difficile à juger quand il s'agit d'un proche. A l'extrême, un médecin interrogé dans l'étude de COTTEREAU (7) expliquait que sa mère l'appelait régulièrement pour des urgences « ressenties », qui en fait ne l'étaient pas vraiment et l'obligeait ainsi à s'impliquer dans les soins.

Il serait alors tentant de recommander le refus systématique face une demande de soins venant d'un proche, mais les choses ne sont pas si simples. En effet, il y a quand même des avantages à répondre à une telle demande : la bonne connaissance du patient, la relation de confiance, la disponibilité et la gratuité, la réévaluation plus aisée, le sentiment de fierté et d'utilité que ressent le médecin. Refuser systématiquement pourrait par réaction extrême, conduire les proches à ne plus informer le médecin-membre de la famille de leurs problèmes médicaux, isolant le médecin du reste de la famille, tenu à l'écart de la santé de ses proches. Par ailleurs, le système de santé n'étant pas irréprochable, le médecin est parfois forcé de s'impliquer en cas d'erreurs médicales, ou de carence d'humanité dans la prise en charge de son proche. Et quand l'erreur n'est pas évidente, quand il s'agit seulement d'un désaccord avec un confrère, le médecin est dans une position d'autant plus inconfortable, qu'il ne connaît pas vraiment le dossier médical de son proche.

L’étude de BOIKO (40) en 1984 permet d’apporter un angle extérieur puisqu’il a comparé 51 médecins de familles de Caroline du Sud à un groupe témoin de 65 avocats dans la prise en charge des problèmes médicaux de leurs conjoints. Il n’apparaissait pas de différence significative dans le traitement des maux de têtes et de gorge, vomissements, dépression, grossesse et verrues. Le groupe témoin traitait les maux de dos et d'estomac plus souvent. Les médecins traitaient plus les otalgies et blessures profondes. Et les médecins, de par leur formation, réalisaient plus que les avocats une anamnèse et un examen clinique.

Donc, même si la prise en charge est possiblement moins objective qu’un médecin indépendant, elle est peut être meilleure qu’une « automédication » par un conjoint non médecin ! Cette étude permet donc de relativiser les impressions des médecins de prise en charge parfois non adaptée envers leurs proches. Pour les problèmes bénins pour lesquels le proche n’irait pas forcément consulter son médecin, un conseil ou dépannage avisé du médecin-proche est parfois déjà plus adapté qu’une simple automédication.

Les recommandations américaines et québécoises qui proposent de ne pas soigner ses proches hors certaines situations (urgence ou problèmes bénins) paraissent pourtant adaptées, encore faut-il savoir où placer la limite, définir précisément ces situations acceptables et savoir s’y tenir. Si la prise en charge de symptômes bénins est possible, que faire quand ceux-ci s’avèrent être les prémices d’une maladie grave… Par ailleurs, comme l’a montré CASTERA (5), des différences de pratiques dans la prise en charge d’un proche versus patient X ont été mises en évidence surtout pour les symptômes bénins et la prise en charge devenait plus consensuelle pour les symptômes plus graves. La prise en charge des maladies bénignes est donc déjà biaisée par la relation affective préexistante.

KENNETH s’est opposé aux recommandations de l’AMA en reprenant les arguments les uns après les autres : selon lui, il n'y avait pas forcément de problème d'objectivité car les médecins étaient entraînés à une méthode scientifique rigoureuse et capables de passer la

main si nécessaire ; il était excessif d'interdire toute prise en charge d'un proche (même hors urgences et soins mineurs), limitant ainsi la liberté de choix du patient et du médecin, et empêchant les médecins de soigner ceux qui comptent le plus pour eux (41).

Une position stricte et unique n'est donc pas possible car de nombreux facteurs entrent en jeu et chaque médecin et chaque situation sont uniques.

Face à une même demande, les médecins réagissent différemment en fonction de circonstances individuelles. Son identité, son âge, sa personnalité, ses expériences, l'existence d'autres médecins dans la famille, la relation préexistante avec le proche influencent sa décision et la position qu'il va adopter.

Réfléchir avant à cette problématique semble permettre aux médecins de se fixer une propre conduite et de mieux vivre leurs décisions par la suite. Il faudrait clarifier ses attentes en tant que proche et en tant que médecin, celles de sa famille et de ses confrères, afin de mieux comprendre les influences qui entrent en jeu. Par ailleurs, il est possible de s'aider de plusieurs questions (paragraphe *d.* des résultats) pour savoir si une prise en charge est acceptable. La réponse ne sera pas la même en fonction des situations. Quand le type de demande correspond à ce que ferait normalement le médecin traitant ou si la part émotionnelle est trop forte, il vaut mieux ne pas s'impliquer. Dans ces cas, adresser à un confrère et jouer le rôle du conseiller bienveillant ou d'accompagnant est préférable pour les deux parties.

Mais dans certains cas, le médecin est amené à accepter la demande et il lui faut alors se fixer des règles pour une prise en charge adaptée et pour éviter de dégrader la relation affective préexistante. Expliquer à ses proches sa position, les conséquences et difficultés éventuelles, cadrer la consultation comme avec n'importe quel autre patient semblent importants.

Enfin, il semble nécessaire au bien-être du médecin de veiller à garder un espace de repos sans sollicitation dans sa vie privée.

Au vu des résultats de cette revue de la littérature, une réflexion en amont chez les médecins sur ce sujet semble importante pour comprendre les différentes influences et facteurs en jeu, pour anticiper la position à adopter en fonction des situations, et clarifier sa décision auprès de ses proches. Il n'y a pas ou très peu de sensibilisation sur cette problématique durant les études médicales ou lors de la formation continue. Il serait ainsi intéressant de réaliser une enquête pour savoir si les médecins sont demandeurs d'une telle formation. Par ailleurs, il faudrait évaluer si les médecins ayant été sensibilisés à la question sont effectivement moins en difficultés que les autres face à une demande de soins venant d'un de leur proche.

Enfin, il n'a été retrouvé aucune étude explorant le point de vue des patients qui sont soignés ou non par leur proche médecin pour savoir quel est leur propre ressenti sur la question. Une telle enquête serait très intéressante pour approfondir le sujet mais il faudrait éviter que le recrutement se fasse par connaissance et bien respecter l'anonymat pour limiter les biais de déclaration des patients-proches.

CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : Marion BEGUIN

Titre : Synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin à une demande de soins venant d'un de ses proches

Tout médecin est confronté à des demandes de soins venant de ses proches et est amené à y répondre, parfois avec malaise. Quelles sont les solutions proposées dans la littérature pour répondre à une telle demande ? L'objectif de ce travail était de rassembler et de synthétiser les solutions proposées, dans le but de pouvoir répondre aux difficultés rencontrées.

Une revue de littérature a été réalisée avec comme principaux mots clés : soigner ses proches, médecin généraliste, relation médecin-malade, médecin de sa famille. Une triangulation des recherches a été faite. Les critères de sélection étaient des articles ou ouvrages, français ou anglais, sans limite temporelle de parution.

29 documents ont été retenus. Plusieurs facteurs individuels influençaient le médecin dans sa décision : sa conception du rôle de médecin et de proche, les attentes de sa famille et des confrères. La réponse était différente en fonction des situations. Si le médecin acceptait, il lui fallait se fixer des règles pour une prise en charge adaptée et pour éviter de dégrader la relation affective préexistante. Expliquer à ses proches sa position, cadrer la consultation, veiller à garder un espace de repos sans sollicitations semblaient nécessaires. Jouer le rôle du conseiller bienveillant ou d'accompagnant était parfois préférable pour les deux parties.

Une position unique n'est pas possible car de nombreux facteurs rentrent en jeu dans la décision. Réfléchir avant à cette problématique semble permettre aux médecins de se fixer leurs propres conduites et de mieux vivre leurs décisions. Il serait intéressant d'évaluer si les médecins sensibilisés à la question sont effectivement moins en difficulté.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 25-10-13

LE DOYEN

J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR Dr GAUCHERAND

BIBLIOGRAPHIE

1. JADDO. « Je sais que t'aimes pas donner des conseils médicaux, mais… » [Internet] [Consulté le 4 sept 2013]. Disponible sur : http://www.jaddo.fr/2011/04/10/

2. MASSON L, HERVE C. 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 : Médecine : Paris : 1996.

3. VALLEREND V. Quand le médecin généraliste soigne sa famille: enquête en Basse-Normandie. Thèse d'exercice : Médecine : Caen : 2009.

4. CORNEC-LASSERRE S. Soigner ses proches en tant que médecin généraliste. Thèse d'exercice : Médecine : Lille : 2005.

5. CASTERA 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 : Médecine : Toulouse : 2005.

6. BONVALOT V. Médecin traitant de sa propre famille: différences de pratique dans la relation thérapeutique intrafamiliale. Thèse d'exercice : Médecine : Aix-Marseille : 2009.

7. COTTEREAU 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 : Médecine : Angers : 2011.

8. JOFFRE BERTHOMME B. Quels médecins pour les enfants de médecins généralistes ? A propos d'une enquête réalisée auprès de 186 médecins généralistes libéraux du Rhône. Thèse d'exercice : Médecine : Lyon : 2001.

9. MADEC N. La prévention au sein de la famille du médecin généraliste. Thèse d'exercice : Médecine : Nantes : 2010.

10. LA PUMA J, STOCKING CB, LA VOIE D, DARLING CA. When physicians treat members of their own families. Practices in a community hospital. N Engl J Med. 1991 ; 325 (18) : 1290-94.

11. ABOFF BM, COLLIER VU, FARBER NJ, EHRENTHAL DB. Residents' prescription writing for nonpatients. JAMA. 2002 ; 288 (3) : 381-5.

12. ANAH MU, ANSA VO, UDONWA NE. Treatment of relatives by doctors : experience from Calabar, Nigeria. Niger J Clin Pr. 2008 ; 11 (1) : 41-4.

13. 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 : Médecine : Angers : 2012.

14. PELTZ-AIM J. Comment les médecins se positionnent-ils vis-à-vis des maladies de leurs proches ? Thèse d'exercice : Médecine : Paris : 2012.

15. NIK SHERINA H, NG C-J. A qualitative study among primary care practitioners in a teaching hospital in Malaysia. Asia Pac J Fam Med 2006 ; 5 (2).

16. MARIN MARIN L. Positionnement des internes en médecine générale face aux problèmes de santé de leurs proches. Thèse d'exercice : Médecine : Paris : 2013.

17. CHEN FM, FEUDTNER C, RHODES LA, GREEN LA. Role conflicts of physicians and their family members : rules but no rulebook. West J Med. 2001 ; 175 (4) : 236-40.

18. Le serment d'Hippocrate [Internet] [Consulté le 5 sept 2013]. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311

19. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie médicale [Internet] [Consulté le 4sept 2013]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/code-de-deontologie-1210

20. PERCIVAL T. Medical ethics 1803 [Internet] [Consulté le 4sept 2013]. Disponible sur : http://books.google.fr/books?id=tVsUAAAAQAAJ

21. Collège des Médecins du Québec. Code de déontologie des médecins [Internet]. [Consulté le 5 sept 2013]. Disponible sur : http://www.cmq.org/~/media/Files/ReglementsFR/cmqcodedeontofr.pdf

22. AMA Code of Methical Ethics. Opinion 8.19 - Self-Treatment or Treatment of Immediate Family Members [Internet]. [Consulté le 5 avr 2013]. Disponible sur : http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion819.page

23. LATESSA R, RAY L. Should you treat yourself, family or friends? Fam Pract Manag. 2005 ; 12 (3) : 41-4.

24. REAGAN B, REAGAN P, SINCLAIR A. « Common sense and a thick hide ». Physicians providing care to their own family members. Arch Fam Med. 1994 ; 3 (7) : 599-604.

25. DUSDIEKER LB, MURPH JR, MURPH WE, DUNGY CI. Physicians treating their own children. Am J Dis Child 1960. 1993 ; 147 (2) : 146-9.

26. KERRIGAN J., ROVELSTAD S., KODNER I.J., LA PUMA J., KEUNE J.D. All in the family : How close is too close? The ethics of treating loved ones. Surgery 2011 ; 149 (3) : 433-437.

27. OBERHEU K, JONES JW, SADE RM. A Surgeon Operates on His Son : Wisdom or Hubris? The Annals of Thoracic Surgery 2007 ; 84 (3) : 723-8.

28. TULSKY J. Should doctor treat their relatives? Ethics case study. ACP-ASIM Observer. 1999

29. MOSSMAN D. Should you prescribe medications for family and friends? Current Psychiatry 2011 ; 10 (6) : 41-51

30. JOULE R-V, BEAUVOIS J-L, DESCHAMPS J-C. Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens. Grenoble : PUG ; 1987.

31. EASTWOOD GL. When Relatives and Friends Ask Physicians for Medical Advice : Ethical, Legal, and Practical Considerations. J Gen Intern Med 2009 ; 24 (12) : 1333-5.

32. LA PUMA J, PRIEST E. Is there a doctor in the house? An analysis of the practice of physicians' treating their own families. JAMA 1992 ; 267 (13) : 1810-12.

33. FROMME EK, FARBER NJ, BABBOTT SF, ET AL. What do you do when your loved one is ill? The line between physician and family member. Annals of Internal Medecine 2008 ; 149 (11) : 825-31.

34. KORENMAN SG, BRAMSTED KA. Your spouse/partner gets a skin infection and needs antibiotics: is it ethical for you to prescribe for them? West J Med 2000 ; 173 (6) : 364.

35. JOHNSON LJ. Should you give informal medical advice? Med Econ 2007 ; 84 : 36.

36. MC SHERRY J. Long-distance meddling: do MDs really know what's best for their children? CMAJ 1988 ; 139 (5) : 420–2.

37. GIANNINI A. « Wearing two hats » : when a physician has a family member admitted to ICU. Minerva Anestesiologica 2012 ; 78 (1) : 13-14.

38. SCARFF JR, LIPPMANN S. When physicians intervene in their relatives' health care. HEC Forum 2012 ; 24 (2) : 127-137.

39. HUSAIN MR. Can Physicians treat their own family members? Journal of Pakistan Medical Association 2010 [Internet] [Consulté le 8 avr 2013] Disponible sur : http://www.jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=2018

40. BOIKO PE, SCHUMAN SH, RUST PF. Physicians treating their own spouses: relationship of physicians to their own family's health care. J Fam Pract 1984 ; 18 (6) : 891-6.

41. KENNETH D, CHRISTMAN MD. AMA Attacks Physicians Caring for Their Families. Journal of American Physicians and Surgeons 2011 ; 16 (3) : 85-7.

ANNEXE 1 Détails des recherches

Par Moteurs de recherche						Par les bibliographies		
Date de la recherche	Moteur de recherche	Mots clés	Nombre de réponses	Réponses Pertinentes	Nom de l'auteur des documents retenus	Nom auteur (par ordre de lecture)	Documents issus de la bibliographie (+nouveaux)	
14/01/2013	GOOGLE SCHOLAR	soigner ses proches	15	2	LASSERRE CORNEC , SARRAZIN	PELTZ	19(11)	19 dont 11 nouveaux (MASSON, PERCIVAL, MADEC, BOSCHEREL, MAILHOT, OBERHEU, ACP, code déonto, code québec, JADDO, hippocrate)
		médecin de sa famille	62	1	CASTERA	DAGNICOURT	18(3)	18 dont 3nouveaux (AMA, La PUMA 97, COTTEREAU)
		thèse médecine proches		1	PELTZ AIM			
		demande de soins de ses proches	0	0		FROMME	6(1)	La PUMA 91/92, code AMA, SCHNECK, DUSDIEKER, (+EPSTEIN)
08/04/13	GOOGLE SCHOLAR	Physicians treat « their own family »	7440	9 (arrêt après 100, rien de pertinent après 50)	LA PUMA 91/92, REAGAN, SCHNECK, CHEN, RENNERT, DUSDIEKER, DIEKEMA, EVANS	SCHNECK	5(0)	LA PUMA 91/92, DUSDIEKER, DIEKEMA, BOIKO
		« Physicians treat their own family »	5	1	HUSAIN	La PUMA 91	3(2)	AMA, (+Medicare, Mc SHERRY)
		« physicians treat their relatives »	2	2	REAGAN, OSSWALD	KRALL	5	LA PUMA 91/92, Code AMA, DUSDIEKER, SCHNECK
		« should doctor treat their relatives »	8	1	ANAH	La PUMA 92	3(0)	Mc SHERRY, La PUMA 91, AMA
		« should doctor treat their family »	16	0		ACP	1(0)	La PUMA 91
	CISMEF	médecin de sa famille		0		EASTWOOD	6(2)	La PUMA 91/92, SCHNECK, ABOFF, (+JOHNSON, OLICK)
		soigner ses proches/sa famille		0		MAILHOT	3(0)	La PUMA 91,Code AMA, Code QUEBEC
		demande de soins venant d'un proche		0		NIK-SHERINA	5(0)	La PUMA 91/92, Mc SHERRY, DUSDIEKER, REAGAN
	SUDOC	soigner ses proches	2	2	DAGNICOURT, CORNEC LASSERRE	LASSERRE CORNEC	3(1)	JOFFRE, MASSON, (+WINCKLER)
		médecin de sa famille	49	3	BONVALOT, VALLEREND, CASTERA	COTTEREAU	8(1)	AMA, MASSON, LASSERRE CORNEC, CASTERA, La PUMA 91, LATESSA, WINCKLER,(+JOFFRE BERTHOMME)
	GOOGLE	référence de REAGAN		4	NIK SHERINA, CHEN, KENNETH, MOSSMAN	LATESSA	2(0)	ABOFF, La PUMA 91
	PUBMED	(("Family"[Majr]) AND "Physicians"[Majr]) AND "Self Care"[Mesh]	13	2	LATESSA, RENNERT	KENNETH, CHRISTMAN	4(0)	CHEN, NIK SHERINA, AMA, MEDICARE
		(("Self Care"[Mesh]) AND "Physician-Patient Relations"[Mesh]) AND "Family"[Mesh]	32	1	KRALL	REAGAN	5(1)	BOIKO, La PUMA 91/92(+ 89), DUSDIEKER
		"Self Care"[Mesh] AND "Physician-Patient Relations"[Mesh]	1540	0		SCARFF	14(0)	14
		("Family"[Mesh]) AND "Self Care"[Mesh]	540	0		CHEN	10(2)	La PUMA 91/92, DIEKEMA, SCHNECK, DUSDIEKER, AMA, REAGAN, BOIKO, (+KLEIN, KOREINMAN)
		Self Care/ethics [Mesh]	71	2	WALTER, PRICE	CASTERA	7(0)	AMA, code QUÉBEC, La PUMA 91, MASSON, ABOFF, MAILHOT, SCHNECK
27/05/13	CAIRN INFOS	soigner ses proches	0	0		MASSON	0	0
		soigner sa famille	0	0		VALLEREND	6(0)	REAGAN, MAILHOT, La PUMA 91/92, DUSDIEKER, BOIKO
		medecin de sa famille	0	0		ABOFF	6(1)	La PUMA 91/92, AMA, DUSDIEKER, ACP, (+CLARK)
		relation medecin malade		0		DIEKEMA	3(0)	BOIKO, La PUMA 91, DUSDIEKER
08/06/13	PSYC INFOS	TREAT YOUR FAMILY	114	0		DUSDIEKER	3(0)	BOIKO, La PUMA 91, MCSHERRY
		SELF TREATMENT		0		EVANS	5(0)	LA PUMA 91, FROMME, DUSDIEKER, SCHNECK, BOIKO
		FAMILY PHYSICIAN	32	0		KLEIN	0	0
24/06/13	GOOGLE SCHOLAR	communication entre proches	110000	0		OBERHEU	2(0)	La PUMA91, REAGAN
	COCHRANE REVUE	family member	3	0		OSSWALD	6(0)	La PUMA 91/92, FROMME, REAGAN, AMA, PRICE
		self care	179	0		ANAH	3(0)	Mc SHERRY, La PUMA 91, AMA
		relatives		0		HUSAIN	2(0)	DUSDIEKER, La PUMA 91
		communication		0		KORENMAN	1(0)	La PUMA 91
		relations family		0		GIANINI	4(1)	La PUMA 91, DUSDIEKER, FROMME, (+KERRIGAN)
	PSYC INFOS	communication and family		0		BONVALOT	8(0)	AMA, CASTERA, LASSERRE, La PUMA 91, MAILHOT, MASSON, PERCIVAL, REAGAN
		family and physicians		0		JOFFRE BERTHOMME	1(0)	MASSON
	CAIRN INFOS	communication et proches (résumé)	20	1	VAN DAELE	MOSSMAN	5(0)	WALTER, ABOFF, EASTWOOD, CLARK, JOHNSON
		communication et famille	96	0		KERRIGAN	4(0)	KRALL, AMA, La PUMA 91, REAGAN
25/06/13	Exercer	famille/ proche/médecin de famille	15/46/0	0		MCSHERRY	0	
	Prescrire	famille	115	1	Medecin de sa famille Rev Prescrire 1993 ; 13	OLICK	0	
		proche/médecin de famille	0	0		JOHNSON	0	
	Revue du praticien	« médecin de sa famille »	0	0		VAN DAELE	0	
		soigner ses proches	7	0				
		proches (MG)	189	0				
		famille (MG)	757	0/160premiers				
	Le généraliste	soigner ses proches	1	0				
		médecin de sa famille	15/46/0	0				
		proche	0	0				
		famille	trop	0				
	Médecine revue	soigner ses proches	22	0				
		médecin de sa famille	74	0				
2/07 Bium	EMBASE	mesh pubmed /recoupé avec scopus	30 sélectionnés par bium	19	CASTERA, VALLEREND, SCARFF, EASTWOOD, EVANS, FROMME, CHEN, KRALL, ABOFF, LA PUMA 91, DUSDIEKER, REAGAN, BOIKO, GIANNINI			
	PSYCINFOS			0				

ANNEXE 2 Synthèse des documents retenus 1/3

Type d'étude	Type/Date/Lieu	Auteur	Titre	Objectif	Méthodes	Biais potentiels / Limites
Enquête de pratique Descriptive Quantitative Transversale	Thèse 1996 Paris	MASSON	Le médecin généraliste, face à la demande de soins de ses proches.	Quel type de demande ? Comment le médecin y répond-il ? Quels problèmes cela lui pose t-il ?	Questionnaire distribué sur 2mois en 1996 à 47 MG de st Quentin en Yvelines	Déclaratif, subjectif, monocentrique, Pas de comparaison à d'études antérieures, non randomisé, petit échantillon non représentatif
	Thèse 2001 Rhône	JOFFRE BERTHOMME	Quels médecins pour les enfants de médecins généralistes ?	étudier la prise en charge médicale des enfants de MG libéral du Rhône, dans quelles proportions les MG soignent leur enfants, dans quelles situations, dans quelles mesures l'affectif intervient	Par questionnaire. Sur 1564 MG Rhône=> 400tirés au sort=> sélection des MG en activité, ayant au moins un enfant=>211reponses, 186 étudiés exploitables (46%)	Déclaratif, subjectif, monocentrique, représentatif de la population MG du Rhone uniquement, petit effectif, Que les enfants, limité par les questions fermées
	Thèse 2005 Yvelines	LASSERRE CORNEC	Soigner ses proches en tant que médecin généraliste	appréhender les difficultés que peut rencontrer le médecin, les disparités de réponses en fonction du profil du médecin	Questionnaire, non randomisé, sur 4mois en 2005, à 111 MG des Yvelines et Pas de Calais	Déclaratif, subjectif, monocentrique, Biais de recrutement (Envoyé à leur entourage médical) non randomisé, petit effectif, questions fermées
	Thèse 2005 Toulouse	CASTERA	Le médecin généraliste, médecin de sa famille ?	Étudier le comportement des médecins face à une demande de soins d'un de leur proches, leur ressenti et les différences de pratiques envers un proche vs patient habituel	Par questionnaire envoyé en 2004, 199 MG de Haute Garonne tirés au sort sur les pages jaunes, 50% réponses	Déclaratif, subjectif, monocentrique, petit effectif, questions fermées
	Thèse 2009 Caen	VALLEREND	Quand le médecin généraliste soigne sa famille : enquête en Basse Normandie	établir un constat sur les pratiques des MG pour soigner leurs proches, distinguer des schémas de conduite, mieux comprendre les causes et conséquences des différentes pratiques	Par questionnaire envoyé en 2006. 185 MG maîtres de stage de Basse Normandie (125réponses, 121 exploitables, 67,5%participation) +1entretien	Déclaratif, subjectif, monocentrique, Biais de sélection (que les maîtres de stage) Biais d'interprétation (rectification oui/non contradictoires), petit effectif
	Thèse 2009 Var	BONVALOT	Médecin traitant de sa propre famille, différences de pratique dans la relation thérapeutique intrafamiliale	montrer ce qui change dans la pratique des MG , lorsque le patient est un membre de leur propre famille	Questionnaire envoyé à 250 MG du Var en 2007, tiré au sort après stratification. 56%réponses dont 81%étant MT d'un membre de la famille donc engagés dans une relation thérapeutique intrafamiliale et utilisés pour analyse	Déclaratif, subjectif, monocentrique, représentatif de la population MG du Var uniquement, petit effectif, Enfants exclus, questions fermées
	Thèse 2010 Nantes	MADEC	La prévention au sein de la famille du médecin généraliste. Description auprès d'une enquête auprès de 100 conjoints.	quelle est et par qui est faite la prévention des conjoints et des enfants des médecins généralistes?	Questionnaire auprès de 100 conjoints de médecins généralistes de Loire Atlantique	Déclaratif, subjectif, monocentrique, petit effectif
	The New England Journal of Medicine 1991 Illinois	LA PUMA	When physicians treat members of their own families	Examiner la pratique courante et en particulier savoir comment les membres de famille demandent des soins médicaux, si les médecins acceptent, et si les médecins ont des réticences à soigner leurs familles	Questionnaire rédigé par le Centre d'éthique clinique, distribué aux médecins d'un hôpital universitaire dans l'illinois USA. 693médecins/465réponses, 1990	Déclaratif, subjectif, monocentrique, Biais de non réponse
	Am J Dis Child 1993 Iowa	DUSDIEKER	Physicians treating their own children	Déterminer quels types de soins de santé les médecins font à leurs propres enfants, leurs raisons de le faire et comparer les différences de pratique parmi les groupes de médecins	Questionnaire envoyé en 1990 à 492 médecins d'un hôpital universitaire de l'Iowa, 353 médecins parents d'enfants de 18ans ou moins retenus	Déclaratif, subjectif, monocentrique, que les Enfants
	Archive Family medecine 1994 Oregon	REAGAN	Common sense and a thick hide'. Physicians providing care to their own family members.	Déterminer quelle proportion de médecins soignent leurs proches dans 17 situations de soins, les raisons pour décider de traiter, et leur niveau de confort avec cette pratique	Par questionnaire, échantillon randomisé 50% médecins actifs recensés dans l'Oregon de 7 spécialités en 1991. 64% réponses	Déclaratif, subjectif, monocentrique,
	Nigerian Journal of Clinical Practice 2008 Nigeria	ANAH	Treatment of relatives by doctors: experience from calabar, nigeria	Déterminer l'implication de médecins d'une ville tropicale dans le traitement de leurs proches	Par questionnaire distribué en 2003 à 200 (échantillon par tirage au sort) médecins d'un hopital de Calabar Nigeria. 88% réponses	Déclaratif, subjectif, monocentrique, petit effectif
	JAMA 2002 USA	ABOFF	Residents' prescription writing for Non patients	étudier les facteurs influençant la décision des résidents à prescrire à des non patients	Questionnaire distribuée en 1997 à 92internes du Delaware avec 12 scénarios hypothétiques faisant varier différents facteurs. 80%réponses	Déclaratif, subjectif, monocentrique, limité aux scénarios, petit effectif

Annexe 2 Synthèse des documents retenus 2/3

Type d'étude	Type/Date/Lieu	Auteur	Titre	Objectif	Méthodes	Biais potentiels / Limites
Enquête de pratique Quantitative+ Qualitative	Thèse 2011 Cotes d'Armor	COTTEREAU	Les médecins généralistes soignent-ils leurs parents ? (père et mère)	Rechercher les motivations à soigner ou non ses parents et les difficultés réelles ou ressenties rencontrées par les médecins en fonction de la position choisie	Questionnaire envoyé en 2010 sur 4mois, à tous les médecins généralistes des Cotes d'Armor, 255 réponses (52%), +10entretiens semidirectifs ciblés	Déclaratif, subjectif, monocentrique, petit effectif, cible que les parents, pas de triangulation ni saturation des données, pas d'interwiever indépendant, pas de comparaison à la littérature
	Thèse 2013 Paris	MARIN MARIN	Positionnement des internes en médecine générale face aux problèmes de santé de leurs proches	Quel est le positionnement des internes en médecine générale face à leur proche malade.	Questionnaire auprès des internes du département de médecine générale de Paris-Diderot (173réponses soit 34%). Et 10 Entretiens semistructurés avec Recherche de variation, saturation des données	Déclaratif, subjectif, petit effectif, pas de modérateur indépendant
Étude qualitative	Thèse 2012 Angers	DAGNICOURT	Soigner ses proches, une attitude a raisonner ? Réflexion sur les interférences entre la relation de soin et la relation préexistante. par enquête qualitative.	identifier les interférences entre la relation de soin et la relation affective préexistante et secondairement de comprendre les différentes attitudes adoptées par les médecins face aux demandes de soins	entretiens individuels semi-structurés de 16 MG dans l'entourage professionnel, recherche de variation maximale, saturation des données, guide d'entretien à partir de la littérature, 2prétests, relevé des verbatim, analyse thématique	Recrutement dans l'entourage professionnel de l'enquêteur, Maine et Loire uniquement, Interwiever non indépendant, Saturation des données déductive subjective, pas de triangulation des données, biblio anglophone/interrogés français : biais culturel ?
	Thèse 2012 Paris	PELTZ AIM	Comment les médecins se positionnent ‑ ils vis ‑ a ‑ vis des maladies de leurs proches ?	le fait de soigner un proche modifie ‑ t ‑ il le raisonnement médical? Etudier les différents aspects de la prise en charge d'un proche.	entretiens semi ‑ directifs auprès de 22 médecins, travaillant en milieu urbain, toutes spécialités confondues /recherche de variation et de saturation des données, guide d'entretien élaboré à partir de la littérature, 2prétests, relevé des verbatim, analyse thématique	Recrutement dans l'entourage professionnel de l'enquêteur, Région parisienne uniquement, Interwiever non indépendant, Saturation des données déductive subjective, pas de triangulation des données, biblio anglophone/interrogés français : biais culturel ?
	Asia pacific journal of family medicine 2006 Malaisie	NIK-SHERINA	Doctors treating family members: A qualitative study among primary care practitioners in a teaching hospital in Malaysia	Explorer les pratiques et sentiments des médecins de premiers recours pour soigner leur propre famille	5 sessions de focus groupe avec 22médecins « primary care practitioners », guide d'entretien semistructuré, relevé des verbatims et analyse thématique	pas de modérateur indépendant, saturation et triangulation des données ?
	Western Journal of medicine 2001 USA	CHEN	Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook	élucider les difficultés qu'ont les médecins quand un de leurs proches tombe malade et en extraire les causes sous-jacentes	8 médecins de département Family Medicine USA confrontés à la maladie grave d'un de leurs proches dans les 5dernières années => entretien téléphonique semistructuré, relevé des verbatim, analyse thématique, triangulation des données, 2eme entretien pour confirmer les thèmes retenus	pas de saturation des données ? N'évoque pas les biais dans la discussion
Étude de cohorte rétrospective comparative cas témoins	J Ffam Practice 1984 Caroline du Sud	BOIKO	Physicians treating their own spouses: relationship of physicians to their own family's health care.	Déterminer comment chaque groupe traitait les problèmes médicaux de leurs conjoints.	Questionnaire par mail sur leur intervention dans la prise en charge médicale de leur conjoint / Comparaison de 51 MG de Caroline du Sud / 65 avocats	déclaratif, biais de mémorisation, faible niveau de preuve
Revue de littérature systématique	HEC Forum 2012 USA	SCARFF	When Physicians Intervene in Their Relatives' Health Care	rechercher les caractéristiques démographiques et la prévalence des médecins soignant leurs proches et les arguments pour ou contre cette pratique	MEDLINE, articles publiés en anglais, entre janvier 1950 et dec 2010, mots clés : family member, relatives, treatment, prescribing, physician, and ethics , avec comme sujet principal « physicians intervening in a relative's care »	biais de désirabilité sociale, sélection après 1950 et que en anglais, peu d'études mais surtout des édito/lettres, peu d'effectif dans les enquêtes

Annexe 2 Synthèse des documents retenus 3/3

Type d'étude	Type/Date/Lieu	Auteur	Titre	Objectif	Méthodes
Revue narrative Avis des auteurs	Article Annals of Internal medicine. American college of physicians 2008 USA	FROMME	What do you do when your loved one is ill, The line between Physicians and family member.	Établir des recommandations sur comment les médecins devraient gérer les conflits entre leurs rôles professionnels et personnels quand un membre de leur famille tombe malade	Etablies à partir d'une bibliographie, de 5cas et de l'avis des auteurs
	Article JAMA 1992 USA	La PUMA	Is there a doctor in the house ? An analysis of the practice oh physicians' treating their own family	Revoir les fondements de cette pratique (soigner sa famille), les codes et réglementations actuelles, et proposer 7questions pour aider les médecins qui veulent soigner leur famille	A partir de la littérature et notamment de l'étude quantitative de La Puma 1991
	Article Journal Gen Internal Medicine 2009 USA	EASTWOOD	When Relatives and Friends Ask Physicians for Medical Advice:Ethical, Legal, and Practical Considerations	Étudier les types les +ambiguës de demandes de soins venant d'un proche, les motivations et attentes du demandeur et du médecin et les considérations légales éthiques et pratiques de ces demandes de soins	à partir de la littérature
	Article Family Practice management 2005 USA	LATESSA	Should you treat yourself, family or friends ?	comment savoir quand le traitement d'un proche ou de soi même est approprié ? But : aider à la réflexion sur le sujet par une meilleure connaissance des pratiques des autres médecins et une meilleure connaissance des recommandations éthiques et légales	à partir de la littérature
	Article Journal of American Physicians and Surgeons 2011 USA	KENNETH	AMA Attacks Physicians Caring for Their Families	Arguments contre les recommandations de l'AMA préconisant de ne pas soigner ses proches	avis des auteurs, chirurgiens plastiques de l'Ohio
	Article Medical Economics 2007 USA	JOHNSON	Should you give informal medical advice ?	Eléments légaux concernant les conseils médicaux informels	Avis de l'auteur, avocat spécialisé dans la santé à New York
	Article Current Psychiatry 2011 Cincinnati	MOSSMAN	Should you prescribe medications for family and friends ?	Etudier les éléments légaux d'une prescription informelle et suggestions à respecter pour une meilleure prise en charge	avis de l'auteur, Pr Medecine légale
	Article CMAJ 1988 USA	Mc SHERRY	Long-distance meddling: Do MDs really know what's best for their children?	Analyser les attitudes pathologiques des parents médecins envers leurs enfants et proposer des suggestions pour une meilleure prise en charge	Avis de l'auteur
Étude de cas	Article ACP ASIM Observer 1999 USA	TULSKY	Should doctors treat their relatives ?	Déterminer quelles situations sont acceptables à prendre à charge, quelles questions à se poser	A partir de l'étude d'un cas et de la littérature existante
	Livre Ethics in Cardiothoracic surgery 2007 USA	OBERHEU	A Surgeon Operates on His Son: Wisdom or Hubris?	Arguments pour et contre l'opération de son propre fils par un chirurgien cardiothoracique	Débat autour d'un cas clinique, 2avis d'expert
	Article Surgery 2011 Washington	KERRIGAN	All in the family : How close is too close : the ethics of treated loved ones	faut il ou pas opérer sa propre mère quand on est le chirurgien de garde le plus expérimenté ?	Discussion éthique à partir d'un cas clinique+biblio
	WMJ 2000	KORENMAN	Your spouse/partner gets a skin infection and needs antibiotics: is it ethical for you to prescribe for them?	Arguments pour ou contre traiter ses proches	Confronte 2 avis d'expert: Korenman Professor of Medicine Associate Dean for Ethics / Bernard M Kubak, Associate Clinical Professor
Éditorial	Article Minerva Anestesiologica 2012 Italie	GIANNINI	"Wearing two hats": When a physician has a family member admitted to ICU	Évoquer la difficulté d'avoir un proche hospitalisé aux soins intensifs (en tant qu'anesthésiste rea) et la difficulté pour l'équipe de soigner un proche d'un collègue, identifier les conflits potentiels	Avis de l'auteur
Réponse à un lecteur	Article Journal of Pakistan medical association 2010 Pakistan	HUSAIN	Can Physicians treat their own family members?	Les médecins peuvent ils prendre en charge les membres de leur famille ?	Avis de l'auteur, médecin diplômé au Pakistan

Les Annexes suivantes 3 à 5 présentent les tableaux réalisés lors d'un travail préliminaire pour établir le contexte de cette problématique : état des lieux de la pratique des médecins face à une demande de soins venant d'un proche et synthèse des difficultés exprimées par les médecins.

ANNEXE 3 Synthèse des études quantitatives 1/2

Auteur	Proches étudiés	Soignez vous vos proches ?	Faut-il les soigner ?	Proches bénéficiant des soins	Motifs de consultation/ Types de sollicitations/soins	Différences de pratiques selon âge/sexe du médecin	Satisfaction, Sentiments ressentis par les médecins
MASSON	Familles, amis, voisins	96% oui, en général 1 à 4fois par an	34% refus, 64% réponse complète, 60%réponse partielle	Enfants 93%, conjoints 87%, Parents/fratrie/neveux 85%, amis 81% > grands parents, voisins, oncles , cousins autour de 50%, la demande diminue avec l'éloignement	Types de sollicitations fréquentes à >75% : ordonnance, prise en charge complète, certificat, conseil, orientation vers un spécialiste		
VALLEREND	Famille	96%oui 4%non	19% oui, 56% non 25% partagé / 57% de plein gré , sinon par devoir et pression familiale	surtout noyau familial : conjoint, enfants puis parents	épidémies saisonnières, surveillance, vaccinations, conseils > certificat, renouvellement > arrêts, suivi grossesse, soins palliatifs, dépression, cancers>addictions		68% souvent-toujours, 21% parfois, 11% jamais rarement / 49% Devoir accompli, 46% satisfaction, 42% doute, 37% agacement impatience > peur, tristesse, fardeau > amour
LASSERRE CORNEC	Parents, conjoints, Enfants, fratrie, oncles tantes, amis	98% oui (48% régulier 50%occasionnel), 66% sont médecins traitants		81%conjoint 89%enfants 66%amis	pathologies bénignes (4%refus)> chroniques (53%refus)> psy (81% refus)>gynéco (85%refus), 46% confrontés à une pathologie grave	les médecins >50ans soignent +fréquemment et +souvent MT, +facilement chroniques et psy, refus de certificats surtout femmes (51%vs24%) et en milieu urbain	38% ont été en difficulté face à des situations particulières
CASTERA	Famille seulement	99%oui	81%oui (48% trouvent que c'est normal, 49% qu'il faut répondre à la demande, 24% pensent qu'il s'agit d'une véritable pression 13%il faut fuir la demande)	la demande diminue avec l'éloignement géographique	77% de soutien psy, >80%au moins une fois : vaccination, ordonnance, prise de sang, examen, certificat, depistage/ 50-80% : dépannage, pansements sutures, prevention sur somnifères, contraception / <50% : Renouvellement, prevention addictions, arret travail, touchers pelviens	Femmes + nuancées sur le fait de soigner aussi bien	
BONVALOT	cercle familiale proche . Enfants exclus	81% MT d'au moins un membre de leur famille	72% acceptent sans hésitation (+les hommes, seuls, ruraux)	85% conjoint 81% mère 72% père 67% fratrie			72% médecins satisfaits de leur prise en charge (+les hommes)
COTTEREAU	Père Mère seulement	76% oui (49% occasionnel, 27% régulièr), 20% MT	14% main forcée		67%lecture examens 65%conseils 49% traitement ponctuel 47% renouvellement 41% 2eme avis, 39%consultation complète 34%courrier pour confrère	les médecins+âgés soignent +souvent leurs parents, +MT, +de consultation complète, +satisfait / les femmes moins de consultations complètes, moins satisfaites, pensent+que leur attitude est modifiée, mais soignent autant	55%satisfait, 25% non
JOFFRE BERTHOMME	Enfants	34% toujours 41%principalement 25% à l'occasion, 9% jamais / 70% sont le MT, 12%plusieurs intervenants			70%vaccinent leurs enfants, 87%pathologies bénignes, 49% ont diagnostiqué une pathologie jugée lourde ou invalidante,		

Annexe 3 Synthèse des études quantitatives 2/2

Auteur	Proches étudiés	Soignez vous vos proches ?	Faut-il les soigner ?	Proches bénéficiant des soins	Motifs de consultation/ Types de sollicitations/soins	Différences de pratiques selon âge/sexe du médecin	Satisfaction, Sentiments ressentis par les médecins
LA PUMA	Famille seulement	99% sollicités	57% acceptent presque toujours et 38% parfois 56% disent refuser des prises en charge	Demandes venant des conjoints 65%, enfants 59%, mères 50%, pères 43%, fratrie 44%, neveux 41%, belle mère 40%	83% ont fait une ordonnance, 80% un diagnostic, 72% un examen clinique, 15% sont le médecin 1er recours, 9% ont opéré, 48% adresse à un collègue	+les médecins +âgés, ce sont +souvent les généralistes que les spécialistes qui examinent et prescrivent à leur proche	22% ne se sentent pas à l'aise en acceptant la demande
REAGAN	Famille	pas souvent, diminue avec le niveau de complexité, gravité et potentialité de conflit avec la vie privée			Parfois : Prescriptions mineures (rhumes, grippe, allergies), antibiotiques > Rarement : examen pediatrique, certificat d'aptitude, chirurgie mineure > quasi Jamais : gestion maladie chronique, diagnostic majeur, substance contrôlée, soins gynéco, hospitalisation, psy, chirurgie	+les hommes, fréquence décroit avec l'âge/ rural>semirural>urbain	+ à l'aise pour ses enfants, l'inconfort augmente avec des personnes + âgées qu'elles
DUSDIEKER	Enfants	74% reportent soigner couramment les maladies aigues sans fièvre			Maladies sans fièvre > avec fièvre. Par ordre décroissant : rhumes, diarrhées, vomissements, mal de gorge, courbatures, céphalées, otalgie, douleur abdominale	idem sexe et niveau de formation, généraliste contacte moins le confrère/traite + les maladies fébriles, pédiatres prend +en charge, prescrivent +	
ABOFF	Non patients/pas dans le cadre de leur service/non supervisés : pour famille, amis, collègues	85% au moins une fois 74% refus au moins 1fois		+facilement quelqu'un qu'ils connaissent bien	. 95% antibio pour un frère avec une sinusite, 77%à leur enfant pour une OMA, 32%à l'infirmière pour une cystite, 1% benzodiazépine/anxiété pour un collègue avec suspicion de dépendance,		
ANAH	Membres de la famille	90,9%sollicités (52%fréquent 35%rare)	32.5% refus. 51.7% Il n'est pas éthique de soigner un proche	fratrie 70%, enfants 63%, cousins/neveux > conjoints 58%> parents 31%	Consultation 100% > traitement 90% > examen physique 70% > rea cardiopulm 16% > accouchement 5% > chirurgie 3%		26.9%ont des demandes qui les mettent mal à l'aise

ANNEXE 4 Difficultés exprimées par les médecins dans les études qualitatives

DAGNICOURT	PELTZ AIM	NIK SHERINA	Synthèse des items	
problème de distance dans le soin, neutralité	perturbation de sa rationalité, perte d'objectivité	manque d'objectivité	Manque d'objectivité	Perturbation dans le raisonnement médical
	perte de la distance empathique		Perte de la distance empathique	
Peur de passer à côté d'un diagnostic, de faire une erreur, inquiétude accrue voire disproportionnée		Peur de passer à côté d'une maladie grave ou de faire une mauvaise prise en charge	Peur de l'erreur, manque de confiance en soi	
excessive, interventionniste / attentiste, retard de prise en charge, pas de suivi réel, moins à l'écoute	tout banaliser ou tout aggraver, prise en charge dans l'excès ou limitation, le « faire sans le faire » (pas d'examens cliniques, pec limité, certifs..)		Sur ou sous investissement, attitude différente	Prise en charge incomplète ou inapproprié
Lieu inapproprié	aspect informel, souvent à domicile		Lieu inapproprié, manque de matériel	
tu connais son histoire par ta vision à toi de tes proches et c'est biaisé, pas envie non plus de tout savoir, certaine retenue dans l'interrogatoire	omission involontaire dans l'interrogatoire,		Anamnèse	
pudeur, intimité	pudeur dans l'examen clinique, refus de l'exposition à la nudité, de rentrer dans l'intimité		Examen clinique	
soins douloureux			Gestes	
soit confiance exagérée ou regard critique	Pb d'observance, de légitimité		Observance et inobservance	
secret médical/secret de famille	« pure illusion » pour un interroggé, souvent discussion en famille	problème de confidentialité avec le reste de la famille	Confidentialité, secret médical	
	rapport à l'argent		rapport à l'argent	
trop impliqué dans les répercussions qu'aura sa maladie dans ta vie privée	difficulté à voir la maladie chez un proche		relation affective avec le proche	répercussions sur les liens amicaux et familiaux
renforce le lien ou reproches/conflits, jugement/regard critique des autres membres		peur des conséquences dans les relations familiales si ça se passe mal	Modification de la relation préexistante Création de conflits, gérer les critiques	
bouleverse les rôles dans la famille/position d'autorité, envie d'être juste dans le rôle du proche, incapacité du double rôle	médecin malgré soi, position ambivalente, inquiétude du « proche » médecin		Confusion des rôles, Place au sein de la famille	
pb de confraternité, possible désaccord, complexité de la relation, confusion des rôles/attitude ambiguë, attitude modifiée du confrère qui soigne « le proche d'un médecin »	œil critique sur ou par les confrères	dilemme quand la famille demande un passe droit/ privilège		avec les confrères
position inconfortable, expériences douloureuses avec charge émotionnelle forte, annonces diagnostiques traumatisantes,		engagement émotionnel, difficulté à annoncer des mauvaises nouvelles	Gestion de la charge émotionnelle	Ressenti et influence sur le bien être du médecin
poids de la responsabilité, culpabilité, regrets	Poids de la responsabilité,		Poids de la responsabilité	
risque de saturation, difficulté à faire respecter un temps et espace de repos sans sollicitation	intrusion de la vie professionnelle dans la vie privée, du temps libre volé		Intrusion de la vie professionnelle dans la vie privée	

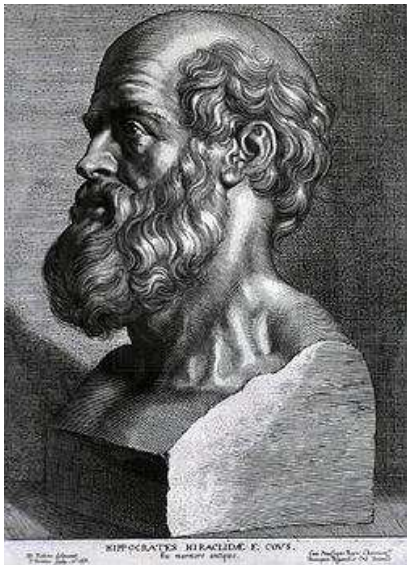
ANNEXE 5 Difficultés exprimées par les médecins d'après des études quantitatives

		VALLEREND	CASTERA	LASSERRE CORNEC	COTTEREAU	JOFFRE	BONVALOT	MASSON	DUSDIEKER	ANAH	MADEC
Perturbation dans le raisonnement médical	**Manque d'objectivité**	77% des médecins		64%	49%	56%				38%	
	Perte de la distance empathique	65%									
	Peur de l'erreur, manque de confiance en soi	23%									
Prise en charge incomplète ou inapproprié	**Sur ou sous investissement, attitude différente**	52% pensent sous estimer 27% surestimer	différence importante de pratique pour les symptomes d'allure banale, attitude + consensuelle pour les symptôme graves	47% minimaliste, 15% maximaliste surtout jeunes médecins	57% prise en charge modifiée		plus de difficultés à évaluer l'état de santé d'un patient X (83,48%) que d'un membre de leur famille (50,43%) par sous ou sur estimation				
	Lieu inapproprié, manque de matériel	1/3 au cabinet, 41% au domicile parent, 47% domicile médecin	98% au domicile, 91% des médecins ont déjà réalisé une consultation auprès d'un proche par mail ou téléphone, 59% lors d'un repas de famille		82% au domicile du parent, 21% au domicile du médecin, 13%au cabinet		70% en dehors du cabinet, 86% en dehors des horaires de travail, 81% créaient un dossier médical, 77% le tenaient à jour	au domicile du demandeur pour famille 64-100%, au cabinet pour amis 72% et voisins 62%			74% des conjoints non soignés au cabinet et 1/3 pas de dossier médical
	Examen clinique			46% moins rigoureux, 54% moins à l'aise notamment sphère urogénitale	32% problème avec examen clinique			46-60 pour les ascendants versus moins de 20% pour les enfants et conjoints / Difficultés pour les contentions vaccins 5-17% < injections, suture 5-33% < frottis, stérilet 38-92%	47% des parents médecins faisaient toujours un examen clinique, 8% ne les examinaient jamais, 69% ne faisait jamais de BU et 54% jamais de strepto test		
	Observance et inobservance										
	Confidentialité, secret médical	Difficulté à la confidentialité 20,4%		20% moins à l'aise avec secret médical							
	rapport à l'argent				93% jamais de règlement		78% jamais d'honoraires	Règlement jamais ou rarement demandé		87% pas de règlement	
Répercussions sur les liens amicaux et familiaux		14,3% appréhension du jugement familial, 18,4% conflit avec entourage, 77% modification de la relation								non éthique du fait d'interférences affectives (40%),	
Les confrères											
Ressenti et influence sur le bien être du médecin	**Gestion de la charge émotionnelle**	Implication affective 87%		22% trouvent l'implication affective trop lourde							
	Poids de la responsabilité	appréhension des responsabilités 10,2%									
	Intrusion de la vie professionnelle dans la vie privée										

ANNEXE 6 Les solutions proposées

	Questions à se poser, influences dans la décision	selon la situation	selon la personnalité et histoire du médecin	Comment dire non ?	règles à se fixer si l'on accepte
DAGNICOURT	La Puma	Fromme	le facteur générationnel en fonction de l'âge, du milieu d'installation, du fait d'avoir vécu avec un médecin de la famille, de sa personnalité, de sa façon de concevoir la médecine, s'il a déjà travaillé sur la question ou pas	Compréhension du proche, refus systématique ou collectif, facilité par l'éloignement ou par légitimité du refus	cf
PELTZ AIM				Intervenir en position de référent, oriente, accompagne, conseille	cf
FROMME	Qu'est ce que je pourrais faire dans cette situation si je n'avais pas un doctorat en médecine ?	3 catégories de situations : faible, moyen et haut risque			cf
LA PUMA	cf les 7questions				
EASTWOOD				cf réponses types	cf
REAGAN					cf
ANAH		26.1% recommended treating minor and emergency cases			cf
VALLEREND		situation à implication émotionnelle +/-forte	en fonction de la position au sein de la famille, de l'existence d'un autre médecin		
CHEN	Questions à se poser, influences dans la décision				
LASSERRA			double contrainte, comment gérer l'affectivité		
GIANNINI					cf
KORENMAN					cf
ACP		***Acceptables :*** *le temps d'avoir un autre médecin disponible, dans des coins isolés, ou en cas d'urgence ou pour un problème bénin dans notre domaine de compétence/* ***Inacceptable*** *: chirurgie, médecin traitant, psy /*	pour décider si un patient est trop intime pour qu'on le prenne en charge, ce n'est pas le type de relation qui compte mais le fait qu'on soit émotionnellement proche : un ami peut être +proche qu'un membre de la famille qu'on ne voit jamais		cf
LATESSA		cf situations et réponses possibles			cf
MC SHERRY					cf
MOSSMAN					cf

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

TITLE : Literature review about the answers to bring as a doctor to a request for care from a close relation

ABSTRACT

Keywords : General Practitioner. Family. Treat relatives. Physician-patient relations. Ethics

Introduction Every physician is faced with demands for care from his family and friends and is brought to answer these, sometimes uneasily. What are the solutions proposed in the literature to respond to such a request? The purpose of this study was to synthesize solutions, in order to limit the difficulties.

Method A literature review was conducted with the following keywords : treat relatives , general practitioner, Physician-patient relations, doctor of his family. A triangulation of research was then done. The selection criteria were articles or books, in French or English, without any release date limit.

Results 29 documents were selected. Several individual factors, his conception of the role of being a doctor and parent, the expectations of his family and colleagues influenced the physician's decision. If the doctor accepted the request, he needed to establish rules for appropriate care in order to avoid damaging the preexistent emotional relationship. It seemed necessary for doctors to explain their position to their family, to do a formal consultation as with any other patients and to be sure to keep a private life without request. It was sometimes better to play the role of adviser or guide.

Discussion A dogmatic position is not possible because many factors influence the decision. A previous reflection seems to allow physicians to determine their own behavior and to live more easily with their decisions. It would be interesting to determine whether physicians aware of this issue are actually less faced with this difficulty.

RESUME

***Mots-clés** : Médecin généraliste. Famille. Soigner ses proches. Relation médecin/malade. Ethique*

Introduction Tout médecin est confronté à des demandes de soins venant d'un proche et est amené à y répondre, parfois avec malaise. Quelles sont les solutions proposées dans la littérature pour répondre à une telle demande ? L'objectif de ce travail était de synthétiser ces solutions, dans le but de pouvoir répondre aux difficultés rencontrées.

Méthode Une revue de littérature a été réalisée avec comme mots clés : soigner ses proches, médecin généraliste, relation médecin-malade, médecin de sa famille. Une triangulation des recherches a été faite. Les critères de sélection étaient des articles, français ou anglais, sans limite temporelle de parution.

Résultats 29 documents ont été retenus. Sa conception du rôle de médecin et de proche, les attentes de sa famille et des confrères, influençaient le médecin dans sa décision. Si le médecin acceptait la demande, il lui fallait se fixer des règles pour une prise en charge adaptée et pour éviter de dégrader la relation affective préexistante. Expliquer à ses proches sa position, cadrer la consultation comme avec n'importe quel autre patient, veiller à garder un espace sans sollicitations semblaient nécessaires. Jouer le rôle de conseiller ou d'accompagnant était parfois préférable.

Discussion Une position dogmatique n'est pas possible car de nombreux facteurs vont influencer la décision. Réfléchir avant à cette problématique semble permettre aux médecins de se fixer leurs propres conduites et de mieux vivre leurs décisions. Il serait intéressant d'évaluer si les médecins sensibilisés à la question sont effectivement moins en difficulté.