



HAL
open science

**Étude des leviers et des freins dans la prise en charge
par un médecin généraliste de membres de sa famille :
enquête auprès de médecins généralistes de Meurthe et
Moselle**

Fabien Manasterski

► **To cite this version:**

Fabien Manasterski. Étude des leviers et des freins dans la prise en charge par un médecin généraliste de membres de sa famille : enquête auprès de médecins généralistes de Meurthe et Moselle. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-00981426

HAL Id: dumas-00981426

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00981426>

Submitted on 22 Apr 2014

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 de Bordeaux
UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2014

Thèse n° 29

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 7 avril 2014 à Nancy

Par **MANASTERSKI Fabien**

Né le 08 avril 1983 à Saint Pierre

**Etude des leviers et des freins dans la prise en charge par un médecin
généraliste de membres de sa famille : enquête auprès de médecins
généralistes de Meurthe et Moselle**

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur DI-PATRIZIO Paolo

Rapporteur :

Monsieur le Professeur GERARD Alain

Membres du jury :

Monsieur le Professeur BOIVIN Jean-Marc.....Président

Monsieur le Professeur GERARD Alain.....Juge

Monsieur le Professeur ALLA FrançoisJuge

Monsieur le Docteur GRANG Xavier.....Juge

Monsieur le Professeur DI-PATRIZIO Paolo.....Juge

REMERCIEMENTS

A notre Président de Jury

Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de notre jury. Veuillez trouver dans ce travail l'assurance de notre profond respect et le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A nos juges

Monsieur le Professeur François ALLA

Nous vous remercions de l'intérêt que vous témoignez à notre travail en acceptant de le juger.

Veillez recevoir l'expression de notre sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur Xavier GRANG

Tu me fais l'honneur et le plaisir de juger mon travail. La confiance que tu me fais en me confiant régulièrement tes patients m'honore. Tu sais déjà le plaisir que j'ai à évoluer dans ton cabinet. Travailler à tes côtés m'a permis de progresser dans le cet art difficile qu'est la médecine. Reçoit ici l'expression de ma gratitude.

A notre rapporteur de thèse

Monsieur le Professeur Alain GERARD

Nous vous exprimons toute notre gratitude pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail.
Nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté de juger cette thèse, de l'avoir relu et critiquer.

A notre Directeur de Thèse

Monsieur le Professeur DI-PATRIZIO Paolo

Je vous suis reconnaissant d'avoir accepté de diriger ma thèse. Malgré le fait que nous ne nous connaissions pas et que j'étais issu d'une université différente, vous n'avez pas hésité à soutenir activement mon projet de thèse. Pour cela veuillez accepter l'expression de ma profonde gratitude. Je vous remercie de votre aide précieuse lors de la conduite de ce travail, puis dans ses corrections. Votre sens de la pédagogie, votre expertise et votre soutien m'ont porté tout au long de ces long mois de travail.

Aux Docteurs MAGNAC Xavier et MAGNAND Jean-Pierre

Vous profitez maintenant d'une retraite bien méritée. Vous m'avez accueilli au sein de vos cabinets. Sous votre tutorat, j'ai découvert le monde de la médecine générale. Vos compétences, tant humaines que techniques font de vous des modèles.

Au Docteur BORDIER Philippe, et à l'ensemble de l'équipe de médecine A du CH Langon.

Lors de mon premier semestre, vous m'avez accueilli au sein de votre service. Tout juste « bébé docteur » vous avez facilité mes premiers pas, grâce à votre bonne humeur, votre sens aigüe de la pédagogie. Grâce à vous la cardiologie ne me paraît plus une discipline inabordable. Vous m'avez inculqué la rigueur du raisonnement médicale, et l'importance de l'humain dans ce monde parfois froid de l'hôpital.

Au Docteur GERMAIN Pierre

Mon séjour dans votre service a été un vrai bonheur. Sous votre supervision j'ai acquis une autonomie et gagné en confiance. Vos qualités humaines, que vous avez partagées avec moi, sont une inspiration.

A Stéphanie et Mathieu

Et oui, contre toute attente, et avec un certain retard, le Manas est enfin docteur. Votre amitié tient une place toute particulière dans mon cœur. Merci pour tous les bons moments partagés.

A Florian, Christelle et tous mes compagnons d'internat

Parfois compagnons de galère, nous avons plus souvent partagé nos joies. Malgré la distance je n'oublie tous ces moments partagés.

A Marion, David, Jean-Luc et Michèle

Réunionnais exilé à Nancy, la chaleur de votre accueil a rendu plus doux les rudes hivers lorrains.

A mes parents

Votre amour et votre soutien m'ont permis d'arriver à ce stade de ma vie. Je ne pouvais rêver de meilleurs modèles. Etre la moitié du parent que vous avez été pour moi serait déjà beaucoup.

A Anne-Cécile

Tu partages ma vie depuis maintenant dix ans. Plus qu'une épouse, tu es ma meilleure amie, et la meilleure chose qui me soit arrivée. Je t'aime plus que les mots ne pourraient l'exprimer.

A Alix

Deux ans déjà ! Ma vie n'est que plus belle depuis que ton arrivée. Te voir chaque jours grandir est un bonheur sans cesse renouvelé.

SERMENT D'HIPPOCRATE :

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Table des matières :

Résumé

1	Introduction :	9
2	Matériel et méthode :	10
2.1	Choix de la méthode :	10
2.2	Recrutement :	10
2.3	Matériel :	11
2.4	Méthode d'analyse statistique :	11
3	Résultats.....	12
3.1	Population :	12
3.2	Analyse :	12
a)	Répartition du discours chez les praticiens hommes	12
b)	Répartition du discours chez les praticiens femmes	15
3.3	Analyse des thèmes du discours :	16
a)	Motivation de la prise en charge :	16
b)	Freins à la prise en charge	17
c)	Relations avec les autres praticiens :	18
d)	Prise en charge des membres de la famille :	18
4	Discussion :	19
5	Conclusion :	23

Introduction :

La majorité des médecins a été un jour ou l'autre confrontée à une demande d'ordre médical de la part d'un membre de leur famille, et la plupart y ont répondu favorablement (1). De plus, cette pratique prend place très tôt dans la formation des médecins (2). Plusieurs éditoriaux ou lettres ont été publiés sur le sujet (3–5) mais, au final, très peu d'études ont été réalisées. Ces préoccupations d'ordre éthique remontent aux premiers temps de la médecine moderne. On retrouve, dès 1803, des recommandations sur ce sujet par Thomas Percival (« *Medical Ethics, or a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons* », 1803) où il décourage les médecins de s'occuper des membres de sa famille. Ces recommandations ont été reprises par l'American Medical Association (AMA) et cela dès sa création, puis maintenues dans toutes les révisions ultérieures du code de déontologie médicale(6). Les mêmes recommandations sont retrouvées dans les codes de déontologie médicale édités par le British Medical Association (7) et la Corporation Professionnelle des Médecins du Québec (8), entre autres.

Le code de déontologie médicale actuellement en vigueur en France ne fait aucune mention de cette difficulté éthique, laissant de fait le choix au praticien sur la conduite à tenir(9). La loi HPST(10) ne mentionne pas dans le paragraphe portant sur la déclaration de médecin traitant le fait qu'un patient puisse ou non déclarer un membre de sa famille comme médecin traitant.

L'objet de notre travail est d'évaluer les leviers et les freins dans la prise en charge par un médecin généraliste de membres de sa famille. Pour cela, nous avons mené une série d'entretiens individuels semi-dirigés réalisés auprès de médecins généralistes exerçant en Meurthe et Moselle.

1 Matériel et méthode :

Notre étude est une étude qualitative cherchant à évaluer les leviers et les freins dans la prise en charge par un médecin généraliste de membres de sa famille.

L'étude est basée sur une série de 13 entretiens individuels semi-dirigés réalisés par un unique intervieweur entre mars et novembre 2013, avec, comme support d'entretien un guide (Annexe 1). Le guide d'entretien a été expérimenté auprès de 2 praticiens afin de tester les thématiques abordées et d'entraîner l'intervieweur à la conduite d'un entretien semi-dirigé. Ces entretiens n'ont pas été inclus dans l'étude.

1.1 Choix de la méthode :

Nous avons ici choisi une méthode qualitative. Celle-ci permet d'étudier des mécanismes d'action, des schémas de pensée, des représentations. Elle permet de mieux cerner une situation particulière (11). Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés. La méthode des « focus groups » n'a pas été retenue devant le risque de biais de « préservation des faces » jugé trop important vu le sujet abordé. La méthode qualitative nous a permis ici de donner la parole aux généralistes, permettant ainsi l'émergence de thématiques originales, non prévues initialement.

1.2 Recrutement :

Les praticiens ont été contactés par téléphone avec présentation de l'intervieweur (nom et qualité), et du sujet de la thèse. Nous précisons les modalités de l'entretien : entretien individuel semi-dirigé, enregistré sur support audio, d'une durée maximale de 45 minutes et son caractère anonyme. Le choix de l'horaire et du lieu était laissé à l'appréciation du praticien. Aucune relance n'a été effectuée.

Nous avons recruté des médecins généralistes exerçant en Meurthe et Moselle, en excluant les Médecins à Exercice Particulier (MEP).

Nous avons respecté des critères d'homogénéité et de diversification afin de garantir la représentativité de la population ciblée. Le recrutement a été réalisé dans le réseau

professionnel de l'intervieweur et en utilisant la base de donnée du site *ameli.fr*. Vingt-cinq praticiens ont été contactés, 15 ont initialement donné leur accord. Nous avons réalisé 13 entretiens. Un praticien s'est rétracté, et un médecin exerçant exclusivement l'homéopathie a été exclu. Tous les entretiens ont eu lieu aux cabinets des praticiens.

Nous définissons comme « urbain » les communes de plus de 2000 habitants présentant une offre de soins libérale et hospitalière importante. Le terme « semi-urbain » désigne les communes de plus de 2000 habitants situées à proximité d'un grand pôle urbain et les communes de plus de 2000 habitants n'appartenant pas à un pôle urbain et à l'offre de soin moyenne. Le terme « rural » désigne lui les communes de moins de 2000 habitants n'appartenant ni à l'espace urbain, ni à l'espace semi-urbain. La saturation des données ayant été obtenue nous avons arrêté le recrutement.

1.3 Matériel :

Les entretiens ont été enregistrés sur support audio numérique (iPhone® avec logiciel d'acquisition AUDIOMEMO®) puis retranscrits mot pour mot. Les enregistrements audio ont été effacés après transcriptions, et les transcriptions anonymisées. Le logiciel NVIVO 10® a été utilisé pour le codage des discours.

1.4 Méthode d'analyse statistique :

Une analyse descriptive a été faite sur les facteurs sociodémographiques des médecins interrogés. Les résultats sur les variables qualitatives ont été présentés en effectifs et pourcentages; ceux des variables quantitatives en médiane avec leur valeur minimale et maximale.

Pour le contenu des entretiens, nous avons réalisé une analyse triangulaire avec l'intervieweur, son directeur de thèse, Professeur Associé au Département de Médecine Générale, et un Praticien Hospitalier du service d'Epidémiologie et Santé Publique du CHU de Nancy. L'analyse s'est effectuée en deux temps à partir du corpus d'entretiens. Dans un premier temps, nous avons effectué une analyse par entretien, puis dans un deuxième temps une analyse par thématique. Le codage a été réalisé par une seule personne, l'intervieweur, puis relu par un praticien expérimenté dans la recherche qualitative pour validation.

2 Résultats

2.1 Population :

Les caractéristiques des praticiens sont regroupées dans le tableau n° 1. La population (N=13) comprend 8 hommes (61,5%) et 5 femmes (38,5%). L'âge médian est de 52 ans (33-79 ans). Au sein de notre panel 38,5% des praticiens exercent en milieu urbain, 38,5% en milieu rural, et 23% en milieu semi-urbain. La durée médiane d'installation est de 26 ans (1-40 ans). La durée médiane des entretiens est de 26 minutes (15- 43 minutes). Les entretiens 8 et 9 ont dû être écourtés du fait de consultations en urgence.

Les dernières données démographiques médicales (13) montrent pour les médecins généralistes en activité régulière un âge moyen de 51 ans et 42% de femmes en Meurthe et Moselle en 2013. Notre population est plus âgée et moins féminisée que les effectifs du département.

Tableau 1: Caractéristiques des participants

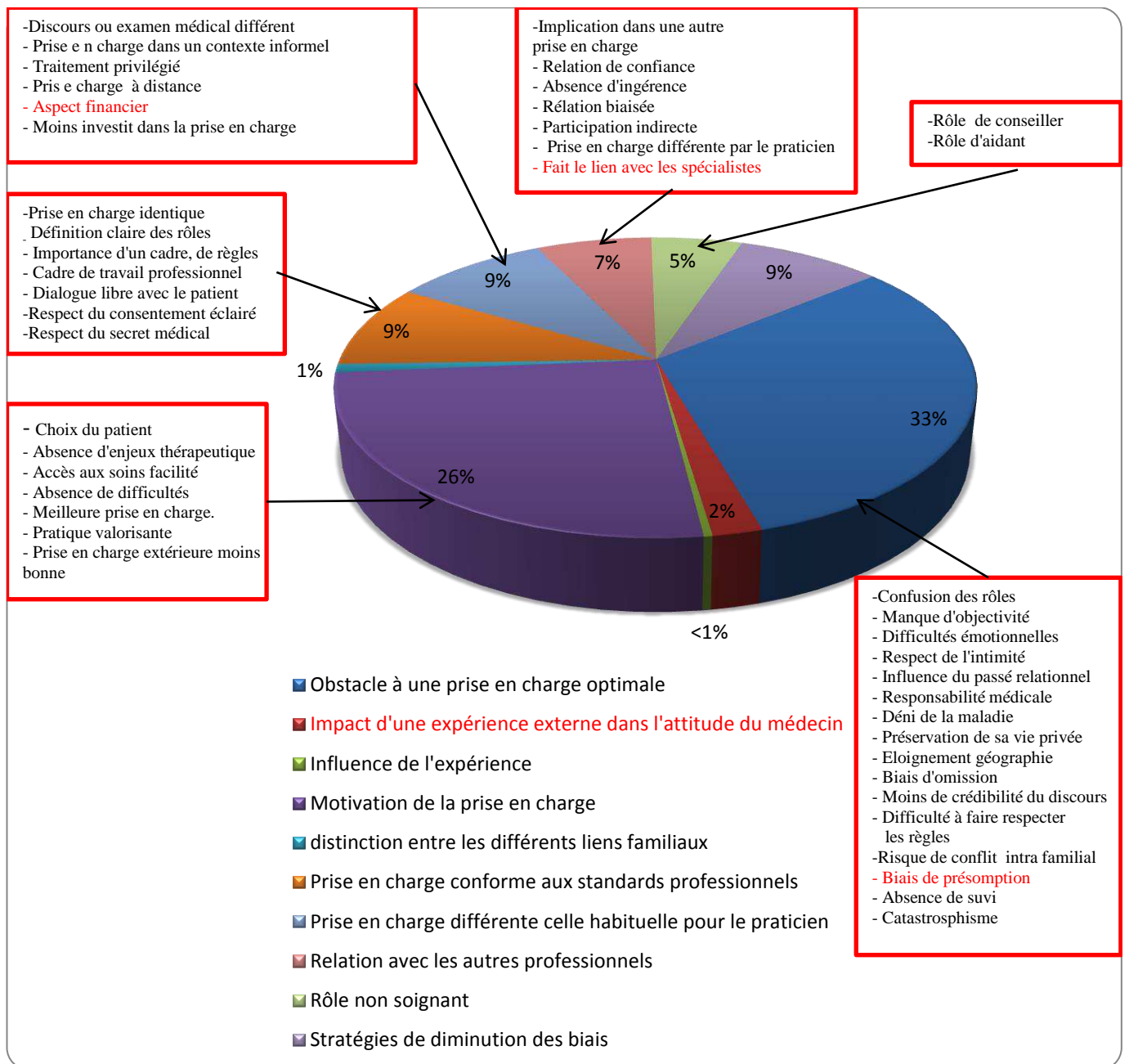
	Age	Expérience	Lieu d'exercice	mode d'exercice	Sexe	Durée de l'entretien
Dr1	62	34	urbain	seul	masculin	00:15:44
Dr2	50	16	rural	seul	féminin	00:35:41
Dr3	59	30	rural	associé	féminin	00:31:05
Dr4	59	26	urbain	seul	féminin	00:35:32
Dr5	35	1	semi urbain	groupe	masculin	00:35:43
Dr6	51	13	rural	groupe	masculin	00:43:54
Dr7	52	27	urbain	associé	masculin	00:37:01
Dr8	45	2	urbain	associé	masculin	00:26:26
Dr9	65	34	semi urbain	associé	masculin	00:23:35
Dr10	79	40	urbain	seul	masculin	00:37:08
Dr11	33	1	semi urbain	associé	féminin	00:35:24
Dr12	40	2	rural	groupe	féminin	00:37:28
Dr13	66	35	rural	seul	masculin	00:41:46

2.2 Analyse :

a) Répartition du discours chez les praticiens hommes

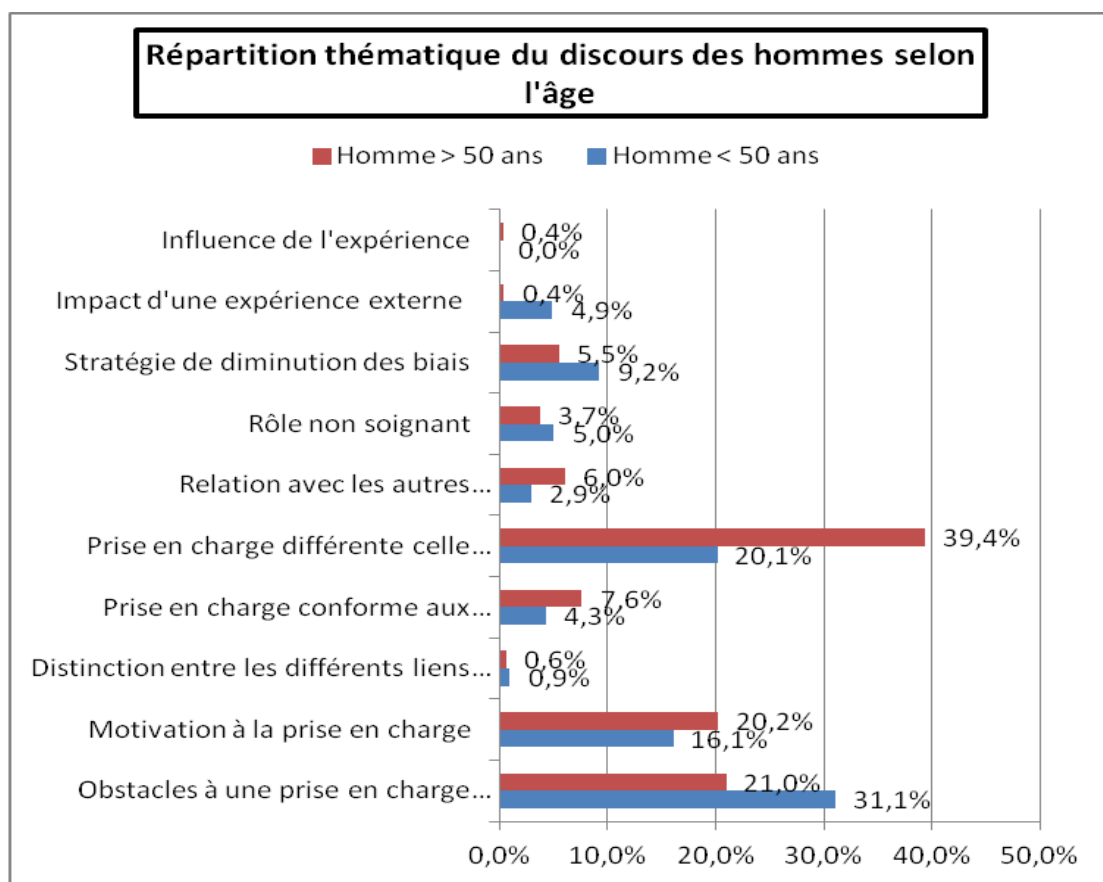
La figure n°1 décrit la production discursive et la répartition thématique des participants masculins. Les sous-thèmes sont énumérés dans les encadrés rouges, du plus présent au moins présent. Les sous-thèmes en rouge ne sont abordés que par une catégorie de praticien.

Figure n°1 : Production discursive et répartition thématique chez les praticiens masculins.



On voit ici que les motivations et les obstacles à la prise en charge sont largement prédominants (respectivement 33% et 26% du discours). Les thèmes abordant la façon dont le praticien prend en charge les membres de sa famille occupent globalement la même place dans le discours. La distinction faite entre les différents niveaux de liens familiaux ou l'influence que peut avoir une expérience externe, c'est-à-dire l'expérience d'un autre praticien sur l'attitude du médecin, sont eux minoritaires. Seuls les participants masculins abordent les thèmes de biais de présomption et le rôle de lien qu'ils peuvent jouer entre le patient et le praticien extérieur. La figure 2 reprend la répartition thématique du discours des praticiens hommes selon leur âge.

Figure 2 : Répartition thématique du discours des hommes selon l'âge

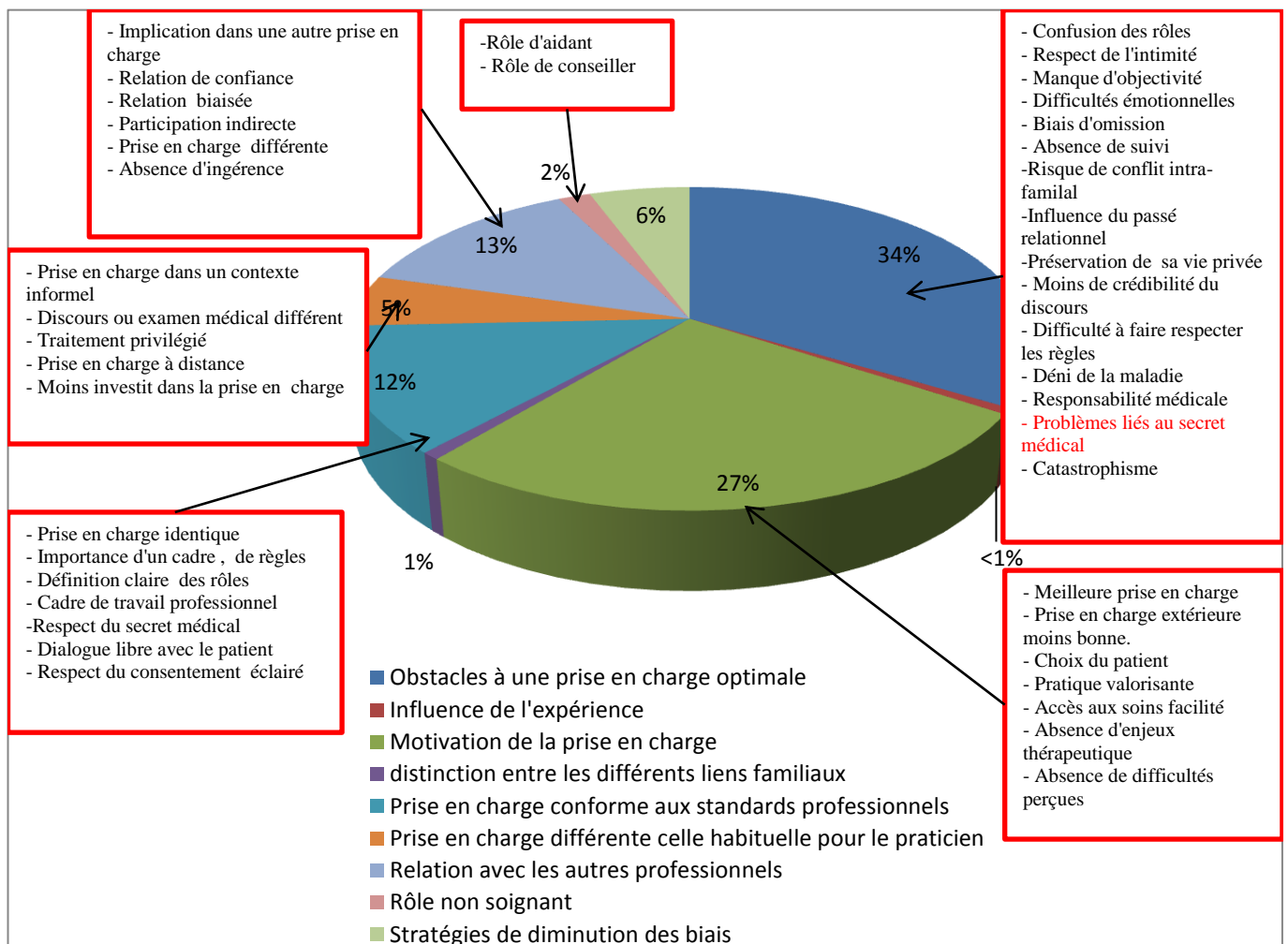


Chez les hommes de plus de 50 ans on observe la mention de l'influence de l'expérience du praticien. Chez les moins de 50 ans les obstacles à une prise en charge optimale dominent le discours. Les éléments de discours se rapportant à un prise en charge conforme aux standards professionnels ou aux relations avec les autres professionnels de santé sont moins présents chez les moins de 50 ans.

b) Répartition du discours chez les praticiens femmes

La figure n°3 s'intéresse à la répartition thématique du discours chez les praticiens femmes. Chez les praticiens femmes, on note que les thèmes des obstacles et des motivations prédominent le discours. Les thématiques de la prise en charge montrent que, par rapport aux hommes, le thème de la prise en charge conforme, domine nettement. Les relations avec les autres professionnels de santé occupent également une plus grande place dans le discours. Les participants femmes n'ont pas abordé le thème de l'influence d'une expérience externe sur leur attitude. La difficulté à faire respecter le secret médical n'est abordée que par un participant femme.

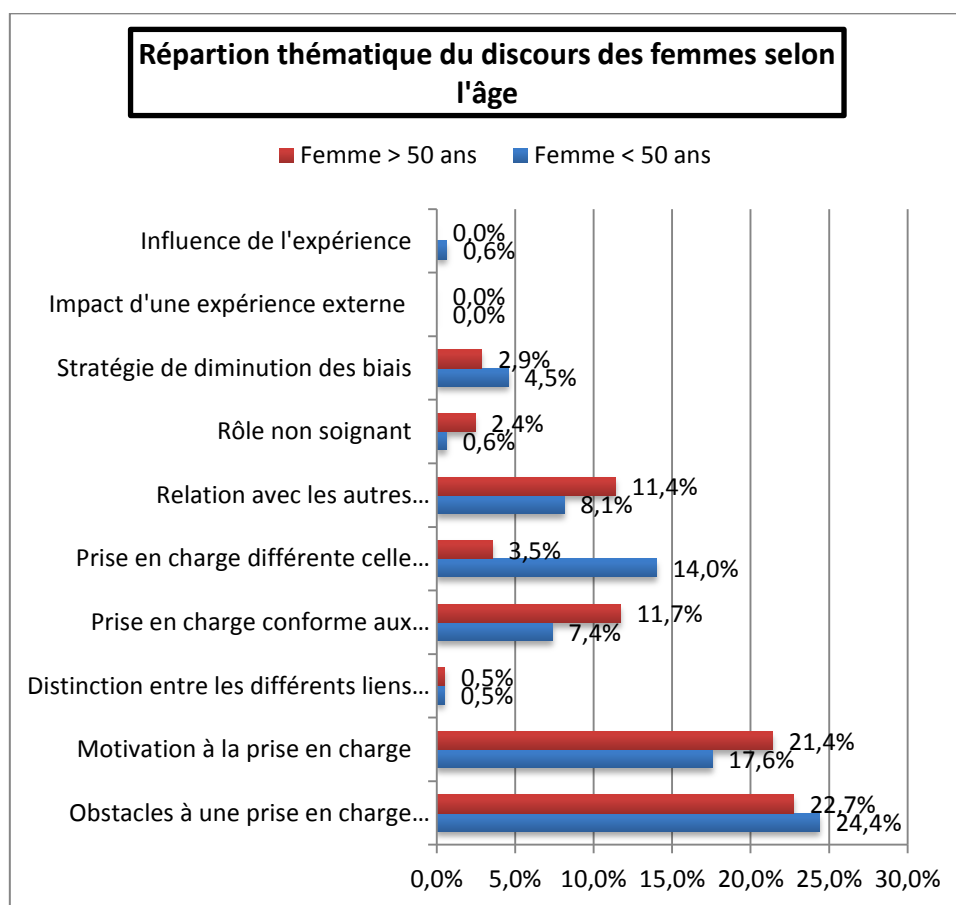
Figure n° 3 : Production discursive et analyse thématique du discours chez les praticiens féminins



La figure n°4 correspond à la répartition thématique du discours des praticiens femmes selon l'âge. On remarque que seules les femmes de moins de 50 ans mentionnent l'influence de l'expérience sur leur pratique. Ces mêmes praticiens ont moins de relations avec les autres

professionnels de santé. La part du discours consacrée aux pratiques différentes de celles habituelles pour le praticien est moins importante chez les praticiens femmes plus âgées.

Figure 4 : Répartition thématique du discours des praticiens féminins



2.3 Analyse des thèmes du discours :

a) Motivation de la prise en charge :

La plupart des praticiens répondent volontiers aux demandes de leurs parents. Il s'agit essentiellement de pathologies bénignes, et ces prises en charge n'engendrent que rarement des problèmes : « Ça reste sur de l'aigu, des trucs simples, pour des problèmes bénins. Je veux dire si il y a besoin d'une ordonnance pour du DOLIPRANE® parce qu'il y a ci ou ça, je vais lui faire. » Dr 6. Cette volonté de rendre service est source de satisfaction personnelle. De plus, leur relation intime avec le patient améliore, de leur point de vue, la prise en charge : « Donc si j'étais pas intervenu pour l'envoyer en néphro, je crois qu'il aurait fallu qu'il soit limite sub-comateux pour appeler quelqu'un. » Dr 5.

Pour les patients, les avantages paraissent multiples : prise en charge plus rapide, accès facilité au médecin et prise en charge privilégiée. Certains praticiens s'impliquent dans la prise parce qu'ils n'ont pas confiance en leur collègue comme le rapporte le Dr 4 : « C'est vrai quand je réfléchis bien c'est peut-être parce que je n'ai pas assez confiance envers mes collègues. ». Et dans certains cas, la situation leur donne raison : « Je trouvais qu'ils baissaient les bras un peu vite. Et là vous voyez, un autre patient, ils auraient dit « il y a plus rien à faire », ben il serait mort ! » Dr 4.

Certains praticiens ont une attitude plus tranchée : « Ça tombe sous le sens ! Je sais pas, comment vous dire autrement. Non, c'est...C'est une évidence. » Dr 13.

b) Freins à la prise en charge :

Les praticiens expriment souvent des réticences et parfois regrettent leur implication comme le Dr 7 : « j'ai regretté effectivement que ma mère ait insisté à ce point là que je le prenne en charge. ». La tension entre le rôle familial et le rôle médical est source de multiples difficultés. Difficulté émotionnelle certes, mais aussi le risque du manque d'objectivité, bien présent dans l'esprit des praticiens, ce d'autant plus que c'est un père ou mère qui est soigné : « Et vis à vis de mes parents ce n'est pas possible. En tout cas, parce que je n'arrive pas à mettre cette distance tout simplement. » Dr 5.

L'intimité partagée, le passé relationnel rendent difficile un exercice neutre de la médecine : « On est trop proche. Et puis, il y a des choses qu'on a du mal à aborder quand on est en famille, si vous voulez. Il y a beaucoup de non-dit, que l'on ne veut peut être pas aborder, quoi. Chacun a sa vie personnelle, et son petit jardin secret. » Dr 9. La confusion des rôles peut entraîner une moins bonne adhésion thérapeutique.

Malgré leur bonne volonté, des conflits peuvent naître du fait de leur implication dans les soins, comme pour le Dr 11 : « et quand j'ai dit qu'il fallait la transférer dans un service de gériatrie. Là, ça a posé, euh... Il y a eu des conflits avec une partie de ses enfants qui n'étaient pas d'accord... ».

Conscients des biais, la plupart des praticiens souhaitent limiter leur implication dans la prise en charge des parents, et ce notamment dans le cas de pathologies lourdes ou touchant à la sphère intime. La difficulté à faire respecter sa vie privée est fréquemment évoquée : « Et puis honnêtement on reste la famille. J'ai pas envie non plus qu'ils m'appellent : « J'ai ça, tu ne veux pas passer m'examiner ? ». S'il faut, je le ferai. Mais je n'ai pas envie...limite d'être de garde vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour eux. » Dr 8.

On voit que même une implication ponctuelle dans le soin des proches n'est pas sans risque comme pour le Dr 12 qui évoque l'absence de suivi : « lors, je renouvelle l'anti-hypertenseur de mon beau-frère, au coup par coup. Je le vois une fois comme ça, je lui prends la tension, quand il a le temps, et puis du coup sa prise de sang, ça passe à la trappe, sa consultation chez le cardio aussi. ».

c) Relations avec les autres praticiens :

Les relations sont globalement jugées satisfaisantes et tous insistent sur la confiance qu'ils ont avec leurs correspondants, le plus souvent des amis. Du fait du lien familial, la relation peut être biaisée et parfois la prise en charge différente, comme le rapporte le Dr 4 : « Après, le chirurgien l'a opéré, mais je pense, ça aurait pas été mon beau-père, il ne l'aurait pas opéré (...) il y a eu un petit courrier, et je me souviens plus la réflexion mais il l'a un peu fait parce que c'était mon beau père. ».

Le fait de donner des conseils ou de soigner des pathologies bénignes n'est pas vu comme une ingérence et la plupart insistent sur leur volonté de ne pas interférer dans la relation entre leurs proches et leurs médecins.

d) Prise en charge des membres de la famille :

A quelques exceptions près, la plupart des praticiens sont conscients des biais et s'attachent à les diminuer. Certains se limitent aux pathologies bénignes et aux avis ponctuels. D'autres, plus impliqués, imposent un cadre strict à la prise en charge, notamment les consultations systématiques au cabinet, afin de diminuer la confusion des rôles et les aider à rester objectif : « Et justement, le fait de se mettre dans le cadre médical, c'est à dire de venir ici, ça va tout seul. » Dr 7. Malgré ces précautions, il persiste des barrières qui interfèrent avec la relation médicale, entraînant un discours médical ou un déroulement de l'examen clinique différent.

L'attitude des praticiens est essentiellement le fruit d'une réflexion personnelle. L'expérience joue un rôle, de même que certaines expériences rapportées par d'autres praticiens, comme pour le Dr 5 : " Je me souviens d'une histoire d'un patron d'hématologie qui nous racontait qu'il était passé à côté du diagnostic de méningite chez sa fille (...) Sa fille avait un purpura fulminans sur la joue droite, et il lui avait fait un bisou sur la joue gauche au moment de la coucher alors qu'elle avait quarante de fièvre. Il n'avait pas vu le purpura. Et le lendemain il l'a emmenée en catastrophe aux urgences. Donc il y a peut-être ça aussi qui a dû jouer dans mon refus de prendre en charge mes enfants.»

3 Discussion :

Le sujet abordé ici n'a fait l'objet que de peu d'études et la plupart sont relativement anciennes. La seule autre étude qualitative similaire se limitait à l'étude de situations où un praticien était confronté à la maladie grave d'un parent et n'a inclus que des titulaires de chaires (12). Notre étude, cherche elle, à se rapprocher de la pratique quotidienne des praticiens et s'attache à démontrer que même dans la prise en charge de pathologies non graves, la tension entre les deux rôles peut altérer la démarche diagnostic ou thérapeutique du praticien.

La plupart des codes éthiques édités par les sociétés savantes anglo-saxonnes, entre autres, conseillent à aux praticiens d'éviter de traiter un membre de leur famille ou eux même (8,9,13,14). Trois situations sont identifiées où cette pratique est jugée acceptable : l'urgence médicale, l'isolement géographique jusqu' à l'arrivée d'un autre praticien, et les pathologies bénignes. Aucune définition précise de ces situations n'étant fournie, le choix ou non d'intervenir est laissé au praticien. En France, ni le code de déontologie, ni le législateur n'aborde cette problématique (9,10).

Dans les faits, cette pratique reste courante. Dans son étude de 1991, *Puma et al.* rapporte que 99% des praticiens interrogés ont été confrontés à une demande de la part de leur famille et 57% y répondaient presque toujours et 34% parfois (1). Les autres études retrouvent des chiffres similaires (2,15–19).

On voit dans ces études que les médecins généralistes sont ceux qui sont le plus impliqués dans les soins de leur famille (1,17), justifiant le choix de notre population cible. La plupart des interventions concernent des pathologies mineures (1,16,17). Le niveau de soins fourni est, dans ces études, corrélé à l'âge des praticiens, ceux plus âgés, fournissant plus de services (1,17,18). Les hommes, notamment ceux exerçant en milieu rural sont plus fréquemment impliqués dans les soins de leur famille (17).

Les motivations inhérentes à cette pratique citées dans notre étude sont cohérentes avec celles retrouvées dans la littérature: la volonté de rendre service est le moteur principal, la réponse à une demande forte du patient du fait de la confiance qu'il donne au praticien membre de sa famille, ou la facilité et les aspects pratiques (1,15–18,20). Les praticiens estiment, pour la

plupart, que le lien familial améliore la prise en charge. Un certain nombre cite comme motivation le fait que les soins fournis par un praticien extérieur leur semblent moins appropriés. La majorité des praticiens justifient leur action par l'absence d'enjeux thérapeutiques et expriment des réticences à prendre en charge des pathologies plus lourdes.

Les obstacles rencontrés sont nombreux. Certaines thématiques abordées ici n'ont pas été retrouvées dans les travaux antérieurs : l'influence du passé relationnel, le risque de biais d'omission ou la difficulté à faire respecter les règles mises en place et par conséquent la vie privée du praticien. Les praticiens impliqués dans des soins complexes ou dans la prise en charge de pathologies lourdes expriment un niveau de souffrance psychologique significatif. Les aspects médico-légaux ou éthiques n'ont en revanche pas été abordés par notre panel. Il faut rappeler que dès qu'un avis médical est rendu, la relation médecin-patient est légalement établie avec toutes ses obligations (3,21,22).

Seuls deux praticiens évoquent des expériences où leur implication a été délétère. Les praticiens ayant refusé de prendre en charge un membre de leur famille citent le manque d'objectivité, lié aux relations parfois conflictuelles entretenues avec le requérant et l'éloignement géographique. Dans la littérature, les principales causes de refus sont certes, le manque d'objectivité, mais aussi le fait que la demande soit en dehors du champ de compétence du praticien, ou ne soit pas médicalement justifiée (1,12,16,18).

Même si certains évoquent un manque de confiance envers leurs confrères, cela est lié à des expériences particulières difficilement généralisables. La majorité a pleinement confiance en ses confrères qui sont souvent des amis, mais peu remettent en cause leur implication dans les soins des membres de la famille dont ils ne sont pas le praticien référent. La plupart admettent que le fait que le patient soit un membre de la famille modifie la relation médecin-patient avec le praticien extérieur, et peut dans certains cas modifier la prise en charge.

La plupart des praticiens prennent en charge les membres de leur famille différemment : le contexte de la prise en charge est rarement propice à un examen clinique, certains membres de la famille, habitant loin, bénéficient de véritables consultations téléphoniques. Du fait de l'intimité des personnes, l'examen clinique est souvent incomplet et le discours médical censuré. Toutefois, certains praticiens s'attachent à maintenir un cadre professionnel, gage selon eux d'une meilleure prise en charge, d'une neutralité indispensable et d'une bonne définition des rôles de chacun.

Les études antérieures fournissent des outils qui pourraient être utiles pour aider un praticien à décider si oui ou non son implication dans la prise en charge d'un membre de sa famille peut se révéler source de difficultés ou non (tableau 2 et 3). Ainsi, *La Puma et al.* propose une série de sept questions que chaque praticien devrait se poser avant de s'impliquer dans la santé d'un membre de sa famille (23). *Fromme et al.* établit un tableau décrivant les situations les plus fréquentes et le niveau de risque associé (20).

Tableau 2:

Questions à se poser (La Puma, 1992):
Ais-je la formation nécessaire pour répondre aux besoins médicaux de mon proche?
Suis-je trop lié à lui pour l'interroger sur les éléments intimes de son histoire ou pour l'examiner intimement, et pour gérer l'annonce de mauvaise nouvelle?
Suis-je suffisamment objectif pour ne pas donner trop peu ou trop de soins, ou des soins inappropriés?
Est-ce que mon implication médicale peut favoriser ou provoquer un conflit dans la famille?
Est-ce que le patient adhérerait plus facilement à mes soins qu'à ceux d'un praticien non membre de la famille?
Suis-prêt à être tenu responsable, devant mes pairs et le public, de mes soins?
Suis-je prêt à accepter que le praticien auquel j'adresse le membre de ma famille le prenne en charge?

Tableau 3:

Risque faible, modéré et élevé de l'implication d'un praticien dans les soins d'un ami proche, ou d'un membre de sa famille (Fromme, 2008)
<p><u>Risque faible :</u> Aider à expliquer une information médicale, telle qu'un diagnostic Suggérer de consulter un médecin Répondre à la question de savoir s'il doit ou non consulter un médecin. Répondre à des questions sur les traitements Faire de l'éducation thérapeutique Orienter le patient dans le système de santé Suivre les visites médicales (à l'hôpital) Accompagner le patient lors de consultation et l'aider à poser les bonnes questions ou traduire le jargon médical.</p>
<p><u>Risque modéré :</u> Suggérer au patient qu'il n'a pas besoin de consulter ou de s'inquiéter Renouveler une fois une ordonnance prescrite par son praticien habituel Prescrire des médicaments en vente libre</p>
<p><u>Risque élevé :</u> Prescrire un traitement non prescrit par le médecin habituel Prescrire des substances contrôlées ou des médicaments psychotropes Prescrire des examens complémentaires Vérifier des résultats d'examens complémentaires Coordonner les soins Prodiguer des soins au-delà des premiers secours</p>

Les principaux biais de notre étude proviennent du manque d'expérience de l'auteur principal dans la conduite des entretiens semi-dirigés, nous avons tout de même cherché à diminuer ces biais, notamment celui de désirabilité par une relecture du guide d'entretien et des textes encodés par un praticien plus expérimenté. Dans la constitution de notre corpus, on observe une moyenne d'âge plus élevée, et une population plus masculinisée. Cela est lié au fait que la plupart des refus de participants (N=10) ont été émis par des praticiens jeunes et plutôt des femmes. La saturation des données a été obtenue avec le treizième entretien, nous n'avons pas poursuivi le recrutement au-delà.

4 Conclusion :

Notre étude confirme pour la plupart les motivations et les freins à la prise en charge par un médecin généraliste de membre de sa famille retrouvés dans la littérature. Cette pratique, fréquente, n'est pas sans danger et les praticiens en sont globalement conscients. Ainsi, ils se limitent pour la plupart à la prise en charge de pathologies bénignes, où les biais évoqués sont moins présents. Toutefois, même dans ce contexte, la tension entre le rôle familial et le rôle professionnel est source de difficultés. La diffusion des tableaux établis par *Fromme et al.* , et par *La Puma et al.* pourrait aider le praticien à déterminer si son implication dans la santé de son parent est appropriée ou non. Il serait utile d'étudier les motivations poussant les membres de la famille à solliciter le praticien et leurs éventuelles réticences. On pourrait également étendre le sujet d'étude aux amis proches, la littérature retrouvant dans ce cadre les mêmes problématiques (3,24,25).

Bibliographie :

1. La Puma J, Stocking CB, LaVoie D, Darling CA. When Physicians Treat Members of Their Own Families. *N Engl J Med.* 1991;325(18):1290-1294.
2. Aboff BM CV. Residents' prescription writing for nonpatients. *JAMA.* 17 juill 2002;288(3):381-385.
3. Latessa R, Ray L. Should you treat yourself, family or friends? *Fam Pract Manag.* mars 2005;12(3):41-44.
4. Jones JW, McCullough LB, Richman BW. The ethics of operating on a family member. *J Vasc Surg.* nov 2005;42(5):1033-1035.
5. Lamberton L. Lessons in objectivity: as a physician's daughter and now a physician mother. *WMJ Off Publ State Med Soc Wis.* sept 2008;107(6):286.
6. History of AMA Ethics [Internet]. [cité 25 mars 2013]. Disponible sur: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/our-history/history-ama-ethics.page>
7. British Medical Association. Ethical responsibilities in treating doctors who are patients. Guidance from the Ethic Department March revised March 2004 [Internet]. [cité 25 mars 2013]. Disponiblesur:[http://bma.org.uk/media/Files/PDFs/Practical%20advice%20at%20work/Ethics/doctors whoarepatientsjanuary2010.pdf](http://bma.org.uk/media/Files/PDFs/Practical%20advice%20at%20work/Ethics/doctors%20whoarepatientsjanuary2010.pdf)
8. Corporation Professionnelle des Médecins du Québec and the College of Physicians. Code of ethics of physicians, CQLR c M-9, r 17 [Internet]. 2002 [cité 15 janv 2014]. Disponible sur: <http://www.canlii.org/en/qc/laws/regu/rrq-c-m-9-r-17/latest/>
9. Ordre National des Médecins. Code de Déontologie Médicale [Internet]. 2012 [cité 24 janv 2013]. Disponible sur: <http://www.conseil.national.medecin.fr/system/files/codedeont.pdf>
10. LOI n o 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. juill 21, 2009. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722&numTexte=1&pageDebut=12184pageFin=12244
11. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes: l'entretien. Paris: Colin; 2005. 128 p.
12. Chen FM, Feudtner C, Rhodes LA, Green LA. Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook. *West J Med.* oct 2001;175(4):236.
13. Ethics manual. Fourth edition. American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 1 avr 1998;128(7):576-594.
14. American Medical Association. Self-Treatment or Treatment of Immediate Family Members. Opinion 8.19. In: *Code of Medical Ethics: Current Opinions with Annotations.* Chicago: American Med Assoc. 2006. Disponible sur: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion819.page?>

15. Boiko PE, Schuman SH, Rust PF. Physicians treating their own spouses: relationship of physicians to their own family's health care. *J Fam Pract.* juin 1984;18(6):891-896.
16. Dusdieker LB, Murph JR, Murph WE, Dungy CI. Physicians treating their own children. *Am J Dis Child* 1960. févr 1993;147(2):146-149.
17. Reagan B;Reagan P;Sinclair A. « Common sense and a thick hide ». Physicians providing care to their own family members. *Arch Fam Med.* 1 juill 1994;3(7):599-604.
18. Walter JK;Pappano E;Ross LF. A descriptive and moral evaluation of providing informal medical care to one's own children. *J Clin Ethics.* 1 janv 2009;20(4):353-361.
19. Evans RW, Lipton RB, Ritz KA. A Survey of Neurologists on Self-treatment and Treatment of Their Families. *Headache J Head Face Pain [Internet].* janv 2007 [cité 13 févr 2013];47(1). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1526-4610.2006.00627.x>
20. Fromme EK, Farber NJ, Babbott SF, Pickett ME, Beasley BW. What Do You Do When Your Loved One Is Ill? The Line between Physician and Family Member. *Ann Intern Med.* 2 déc 2008;149(11):825-829.
21. Price M, McIntyre BW. Dangers of self-prescribing and prescribing for family members. *Med Health R I.* juin 2007;90(6):178-181.
22. Walter JK, Lang CW, Ross LF. When physicians forego the doctor-patient relationship, should they elect to self-prescribe or curbside? An empirical and ethical analysis. *J Med Ethics.* janv 2010;36(1):19-23.
23. La Puma J, Priest ER. Is there a doctor in the house? An analysis of the practice of physicians' treating their own families. *JAMA J Am Med Assoc.* 1 avr 1992;267(13):1810-1812.
24. Rourke LL, Rourke JT. Close friends as patients in rural practice. *Can Fam Physician.* 1998;44:1208.
25. Mark A Graber,. Treating friends poses both risks and compromises - [amednews.com](http://www.amednews.com) [Internet]. 2011 [cité 11 août 2013]. Disponible sur: <http://www.amednews.com/article/20110606/profession/306069945/5/#relatedcontenthed>

ANNEXES

Annexe 1 : Guide de l'entretien :

Introduction du sujet :

Le sujet de la thèse est « Leviers et freins à la prise en charge par le médecin généraliste d'un membre de sa famille : enquête auprès des médecins généralistes de Meurthe et Moselle ».

Il s'agit ici de recueillir l'expérience, le vécu des médecins concernant la prise en charge d'un membre de leur famille. L'entretien est anonyme et sera enregistré si vous êtes d'accord.

Nous allons d'abord recueillir quelques données socio-démographiques vous concernant :

Date de naissance:

Date d'installation:

Type d'exercice :

Situation familiale:

Vos parents sont-ils en vie?

Que pensez-vous du fait qu'un médecin généraliste prenne en charge un membre de sa famille?

Vous-même, prenez-vous en charge des membres de votre famille? Pouvez-vous m'en parler?

° Qui et pourquoi?

° Pourquoi pas d'autres membres de la famille?

Comment se déroule ces consultations? Pouvez-vous me parler de la dernière fois où c'est arrivé?

° Dans quel cadre a-t-elle lieu? Pour quel type de problème?

° Voyez-vous des différences par rapport à votre pratique habituelle?

Quelles sont les motivations à prendre en charge, à suivre un membre de votre famille?

° Quelles sont vos motivations? Y voyez-vous des avantages?

° Pour quelles raisons, selon vous, les membres de votre famille vous sollicitent? Quels avantages en retirent-ils?

Quels sont les difficultés que vous avez eues à prendre en charge un membre de votre famille?
Pouvez me donner un exemple où vous n'avez pas été à l'aise avec une demande?

° Ces difficultés sont-elles liées au type de demande? Sont-elles liées à la personne qui demande, à vos relations avec elle?

° Quel impact cela peut-il avoir sur votre vie privée, sur vos relations familiales?

Comment gérez-vous ces difficultés dans votre pratique? C'est-à-dire?

Comment définiriez-vous la nature de la relation médecin-patient que vous entretenez avec les membres de votre famille?

Quelles relations entretenez-vous avec les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des membres de votre famille? A quel moment, dans quelles circonstances intervenez-vous?

Je vous remercie de m'avoir accordé de votre temps. Si vous le souhaitez, je vous recontacterais à la fin de l'étude pour vous fournir une copie du travail.

Résumé de la thèse :

Position du problème: Les médecins éprouvent souvent des difficultés d'ordre éthique ou pratique dans la prise en charge de leur famille. La plupart des codes déontologiques conseillent aux praticiens de ne pas s'impliquer dans les soins de membres de leur famille. En France, le code de déontologie n'aborde pas cette problématique.

Méthodes : Nous avons conduit une étude qualitative auprès de 13 médecins généralistes sur la base d'entretiens semi-dirigés, s'intéressant à leurs pratiques, et à leur opinion concernant la prise en charge de membres de leur famille.

Résultats : Tous les praticiens ont été amenés, à un moment ou un autre, à fournir un service médical à un parent. Leurs motivations sont diverses, allant de la simple commodité à une pression forte de la famille. La majorité d'entre eux argumentent que, du fait du lien familial, les soins sont améliorés. Toutefois, ils ont tous éprouvé certaines difficultés dans ces prises en charge : risque de manque d'objectivité, confusion des rôles, respect de l'intimité du patient, entre autres. La plupart du temps il s'agit de pathologies bénignes, prises en charge de manière informelle. L'examen clinique ou l'interrogatoire diffèrent le plus souvent de la pratique habituelle du praticien. Conscient des biais, certains praticiens ont développé des contre-stratégies : ils ont choisi, pour certains, de se limiter à la prise en charge de pathologies bénignes et pour d'autres, la mise en place d'un cadre strict a permis de limiter ces biais.

Conclusion : Notre étude confirme les éléments retrouvés dans la littérature concernant les motivations et les difficultés rencontrées par les praticiens prenant en charge un parent. La tension entre le rôle familial et le rôle professionnel est source de difficultés, mettant en péril l'objectivité du praticien, et par la même la qualité des soins, et cela même pour des pathologies bénignes, ou de soins ponctuels.

Titre en anglais : Motivations and obstacles in treating one's family: a study of French general physicians in Meurthe et Moselle.

Thèse: Médecine Générale – **Année:** 2014

Mots clés : Famille. Traitement. Médecin. Relation médecin-patient. Ethiques.

Adresse de l'UFR :

Université de Bordeaux - UFR des Sciences Médicales

146 Rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux

