



Quelles propositions de la littérature sont susceptibles d'aider le médecin à gérer la demande de soin de son proche ? Enquête auprès d'un groupe d'expert

Marion Dautel, Julie Jeanne

► To cite this version:

Marion Dautel, Julie Jeanne. Quelles propositions de la littérature sont susceptibles d'aider le médecin à gérer la demande de soin de son proche ? Enquête auprès d'un groupe d'expert. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01244844

HAL Id: dumas-01244844

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01244844>

Submitted on 16 Dec 2015

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.

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/juridique/droit-auteur>

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

Année : 2015

N°

Quelles propositions de la littérature sont susceptibles d'aider le médecin à gérer la demande de soin de son proche ? Enquête auprès d'un groupe d'experts.

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN MEDECINE
D.E.S. de Médecine Générale

Par

Marion DAUTEL
Née le 31/03/1986 à DECIZE

et

Julie JEANNE
Née le 11/01/1986 à CAEN

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*
Le 15/12/2015

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

<u>Président du jury :</u>	Monsieur le Professeur IMBERT Patrick
<u>Membres du jury :</u>	Monsieur le Professeur BOUGEROL Thierry Madame le Professeur BOUILLET Laurence
<u>Directeur de thèse :</u>	Monsieur le Docteur PATEL François

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

UFR de Médecine de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX - France
TEL : +33 (0)4 76 63 71 44
FAX : +33 (0)4 76 68 71 70

Adresse web : www.univ-grenoble.fr ap-medecine-pharmacie@univ-grenoble.fr



Doyen de la Faculté : M. le Pr. Jean Paul ROMANET

Année 2015-2016

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARONE-BOCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOESSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biotiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CAHIN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBIRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHARADES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANON Philippe	Anatomie

Mis à jour le 16 octobre 2015

Page 1 sur 4

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
PU-PH	CHUQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biotiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biotiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLOIN Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Cédric	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIERRECH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSEIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEURSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Eric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAYAZZI Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOS Pierre	Biotiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZABIER Filsom	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rha	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAMNAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBECQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-PH	IMBERT Patrick	Médecine générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

Mis à jour le 16 octobre 2015

Page 2 sur 4

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABAREE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
PU-PH	LANTUJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBON Christian	Chirurgie générale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MACHECOURT Jacques	Cardiologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLAIRET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MCLEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrick	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biotiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MOROSIBLOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MOUCHET Patrick	Physiologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémo - transfusion
PU-PH	PASSAGLIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDIERE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile

Mis à jour le 16 octobre 2015

Page 3 sur 4

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
MCU-PH	RAY Pierre	Génétique
PU-PH	REYT Emile	Oto-rhino-laryngologie
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biotiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET J. Paul	Ophtalmologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUNSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHIMBERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Armand	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gerald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticien Hospitalier
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticien Hospitalier

Mis à jour le 16 octobre 2015

Page 4 sur 4

Aux médecins et aux chirurgiens qui ont participé à notre travail,
Un grand merci pour votre implication dans cette problématique et pour le temps que vous nous avez consacré.

Au Docteur François PATEL,
*Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la direction de cette thèse.
Un grand merci pour vos conseils et votre disponibilité.*

Au Professeur Patrick IMBERT,
Vous nous faites l'honneur de bien vouloir présider le jury de cette thèse. Nous vous remercions pour vos conseils et votre disponibilité.

Aux Professeurs Laurence BOUILLET et Thierry BOUGEROL,
*Vous nous faites l'honneur de participer à notre jury.
Merci pour le temps que vous nous accordez.*

A M. Didier CARNET, professeur d'anglais médical à la faculté de médecine de Dijon,
Merci pour le temps que vous nous avez consacré.

Marion et Julie.

A Thomas,

Merci pour ton soutien et tes conseils en or.

Merci pour ton amour, ton humour et ton intelligence, je t'aime.

A mes parents,

Merci pour votre présence et votre soutien sans borne, pour nos loooongues conversations téléphoniques. Merci pour notre super petite famille.

A Claire,

Ton esprit libre et polémique me pousse en avant. Merci pour ton optimisme.

Merci pour ta présence bienveillante.

Aux Filles, à Camille (la douceur toujours motivée), à Lucie (la sagesse à l'autre bout du monde) et à Mélissa (l'énergie partout à la fois),

Merci pour nos voyages avec Monique, nos délires même à distance et votre amitié si précieuse.

A Florie,

Merci pour ta présence et ta répartie, ta bonne humeur et ton soutien. Merci pour nos vacances marquées d'éclats de rires. Ton amitié m'est très chère.

Merci à tous mes amis de Decize à Annecy en passant par Dijon,

Qu'on se voit très souvent ou trop peu, je pense à vous et les moments en votre compagnie sont toujours un plaisir !

A ma famille et à ma belle-famille,

Vous êtes loin mais je pense à vous et aux bons moments passés ensemble.

A Julie enfin,

Ta motivation sans faille, ton optimisme et ton souci du détail ont fait de toi la parfaite co-thésarde.

A nous le ski et la rando où notre sujet de conversation ne sera plus la thèse!

Marion.

A toi Maman, à toi Papa, à vous trois, Lulu, Cam et Cha (les meilleures pisseuses qui soient ;) à Papy et Mamy Pigeon et à Papy et Mamy Kinou,
Je vous aime, je suis là grâce à vous, mille mercis.

A Beñatxo,
*Milesker pour ton soutien et ta compréhension (même quand je râle !),
Zurekin oraindik bizikletan denbora luzez ibiltzea espero det !
Muxu Goxo Bat !*

A toute ma famille, côté Jeanne, côté Peschard,
Même si on se voit moins souvent désormais, je pense très fort à vous tous.

A Audrey, à Cath, Adeline, Hélène et Popo, à Momo, Manue et Cricri,
A tous les amis et amies de Normandie et d'ailleurs,
Un immense merci à vous pour être toujours présentes et présents quand j'arrive et toujours dispos, au moins pour un verre !

Aux Savoyards que je connais depuis cet internat de médecine générale,
Un grand merci pour votre accueil ! C'est un plaisir et un honneur de vous connaître.

Et à Marion,
*Grâce à toi, le positionnement de la virgule n'a plus aucun secret pour nous ! ;)
Merci pour ta motivation qui a été également sans faille tout au long de ce travail,
Hâte de retrouver les pistes avec toi et de laisser Pc et Mac redevenir les meilleurs ennemis du monde.*

Julie.

Sommaire

INTRODUCTION	8
MATERIEL ET METHODE	10
Définitions.....	10
Constitution de la bibliographie	10
Synthèse de la bibliographie.....	13
Choix de la méthode (22–25).....	13
Définition des experts.....	15
Modalités de contact des experts.....	15
Premier questionnaire	16
Construction.....	16
Traduction du questionnaire.....	17
Deuxième questionnaire.....	17
Analyse des données collectées au premier questionnaire.....	17
Construction et envoi du second questionnaire.....	18
Troisième tour	20
Analyse des données collectées au deuxième questionnaire.....	20
Construction de l'outil et envoi.....	20
RESULTATS	22
Population d'experts	22
Premier questionnaire	23
Notation des propositions.....	23
Commentaires.....	32
Second questionnaire	35
Notation des propositions.....	35
Commentaires.....	52
Troisième tour	52
DISCUSSION.....	53
Concernant la méthode	53
Concernant les résultats.....	57
Concernant l'outil.....	61
Synthèse.....	63
CONCLUSION	68
BIBLIOGRAPHIE.....	70
ANNEXES	73
1. Tableau récapitulatif des modalités de contact des experts.	73
2. Plan du premier questionnaire	76
a. Questionnaire français.....	76
b. Questionnaire anglais.....	81
3. Lettre explicative accompagnant le premier questionnaire	85
a. En français.....	85
b. En anglais.....	87
4. Plan du second questionnaire.....	89
a. Questionnaire français.....	89
b. Questionnaire anglais.....	94
5. Lettre explicative accompagnant le second questionnaire.	98

a. En français.....	98
b. En anglais.....	99
6. Base pédagogique.....	100
a. En français.....	100
b. En anglais.....	102
7. Outil visuel.....	104
a. En français.....	104
b. En anglais.....	105
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	106
RESUME.....	107

INTRODUCTION

Dès le début de nos études de médecine, en particulier dès que nous avons pu prescrire, nous avons tous été confrontés à des demandes médicales diverses de la part de nos proches (famille, amis, voisins...) (1-3). Y répondre, positivement ou négativement, est loin d'être évident car ces situations mettent en jeu bien plus qu'une relation médecin-malade « classique ». En effet, les rôles familiaux ou amicaux qui s'ajoutent à celui de médecin complexifient cette relation (4).

Pour répondre à cette problématique, les codes de déontologie et les collègues de spécialistes anglo-saxons conseillent explicitement aux médecins de ne pas prendre en charge leurs proches sauf situations particulières (5,6). A l'inverse, en France, aucune recommandation déontologique ou légale claire n'existe sur la conduite à tenir.

Mais, quels que soient les conseils donnés, que ce soit en France ou à l'étranger, les études réalisées sur ce sujet mettent en évidence que la majorité des médecins traitent leurs proches (de 100% à 74% des praticiens interrogés (2,7-10)) et qu'environ un quart de ces médecins est, soit insatisfait de sa prise en charge, soit mal à l'aise (2,6-8,11,12). Il ressort également de ces travaux, l'impossibilité d'établir des règles de conduites strictes dans ces situations. Face à une même demande, chaque médecin apporte à son proche une réponse différente de son confrère, basée sur sa conception de la médecine, de soi-même et de l'autre.

Parmi ces études, certaines ont cherché à identifier plus précisément les difficultés exprimées par les médecins (4,7,8,11,13-18) pour tenter d'apporter des solutions à cette problématique. Elles ont mis en lumière la nécessité de se préparer aux demandes de soins de nos proches. De nombreux auteurs proposent alors des pistes de réflexion et des conseils pour aider le médecin à y répondre au mieux.

Nous avons souhaité faire valider de façon consensuelle ces solutions proposées dans la littérature en sollicitant un panel d'experts selon la méthode Delphi®.

Le but secondaire de ce travail a été de créer un outil simple d'aide à la réflexion sur ce sujet regroupant les propositions les plus importantes validées par ce groupe. Il permettrait aux médecins d'aborder tous les enjeux possibles des demandes de soins venant de leurs proches et de les aider ainsi à mieux gérer et mieux vivre ces demandes.

MATERIEL ET METHODE

Définitions

Les proches étaient définis par l'existence d'un lien affectif avec le médecin quel qu'il soit, même par le biais d'une tierce personne (comme le père ou la mère d'un ami par exemple).

Les demandes de soins étaient définies comme toute sollicitation d'ordre médical par le proche envers son médecin-proche. Cela pouvait aller de la simple question concernant sa santé à une demande de prise en charge complète (devenir le médecin traitant, réaliser un acte chirurgical...). La décision de prise en charge correspondait au fait de répondre favorablement à la demande du proche.

Les solutions proposées par la littérature étaient de natures diverses et pouvaient être des questions à se poser, des conseils, des conduites à tenir, des réponses types à avoir...

Constitution de la bibliographie

Nous avons réalisé notre bibliographie en février 2014.

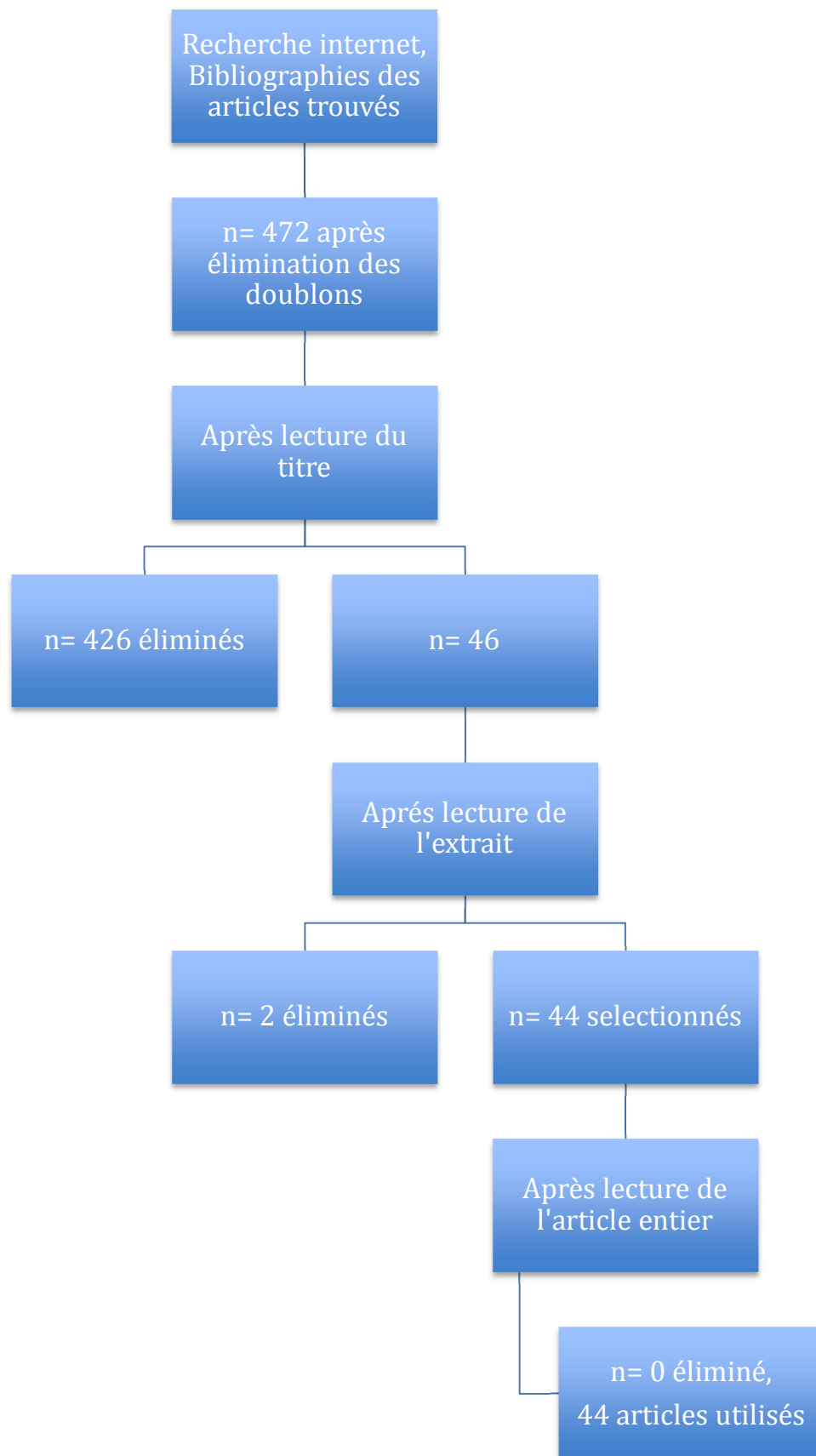
Nous avons utilisé les différents moteurs de recherche disponibles en littérature scientifique : PUBMED, CISMEF et GOOGLE SCHOLAR. Ayant trouvé surtout des articles d'origine étrangère sur ce sujet, nous avons également cherché dans les moteurs de recherche des revues spécialisées françaises telles que PRESCRIRE et LA REVUE DU PRATICIEN et dans la base de recherche SUDOC pour trouver les thèses françaises sur ce sujet.

Les mots clés utilisés étaient les suivants : relatives/family care, physician, ethics, treat your family/relatives, friends, soit en français : prise en charge famille/proche, médecin, éthique, traiter sa famille/ses proches, amis.

Nous avons conservé tous les articles et thèses traitant des demandes de soin venant des proches du médecin ou de la prise en charge de ses proches par le médecin et qui proposaient des solutions à cette problématique. Nous avons utilisé leur bibliographie pour compléter la nôtre.

Nous avons éliminé de notre recherche les articles concernant les soins à soi-même ou à un confrère et les articles concernant la prise en charge de la famille d'un confrère.

Flow Chart :



Synthèse de la bibliographie

Notre bibliographie était constituée essentiellement de revues narratives avec avis des auteurs et d'enquêtes de pratiques quantitatives et/ou qualitatives.

Chacun de ces articles ou thèses proposait des solutions telles que conseils ou questions à se poser face à une demande de soins venant d'un proche. Cependant, même si certaines de ces propositions (4,19,20) étaient citées à plusieurs reprises dans des articles différents, seule une revue de littérature récente avait cherché à en faire la synthèse (21).

Nous avons extrait de manière exhaustive ces différentes solutions et pistes de réflexions proposées. Nous avons obtenu 79 items que nous avons regroupés dans un seul et même texte pour les rendre accessibles.

Quelles propositions apportées par la littérature semblent pertinentes pour aider les médecins à la gestion des demandes de soin de leurs proches ?

Choix de la méthode

Pour faire valider ces données de la littérature, il nous a fallu recueillir l'avis d'experts sur ce sujet par le biais d'une méthode de consensus.

Nous avons choisi d'utiliser la méthode Delphi® (*figure 1*). Il s'agit d'une méthode prospective consistant à interroger des experts en vue d'une aide à la décision. Elle se déroule sur plusieurs tours, ce qui permet d'obtenir un consensus sur le sujet et de recueillir l'opinion des experts dont l'avis dévie du consensus. C'est un processus de groupe. Même si les experts ne communiquent pas entre eux, ils réagissent à l'information émise par les autres participants. En effet, mis à part le premier questionnaire qui est rédigé sur les données de la littérature, les questionnaires suivants sont formulés à partir des réponses données au questionnaire précédent.

Nous avons préféré la méthode Delphi® aux autres méthodes de consensus (groupe nominal par exemple) car sa mise en pratique est simple et ne nécessite pas la présence physique des experts. Cela nous a permis de contacter un certain nombre de participants étrangers.

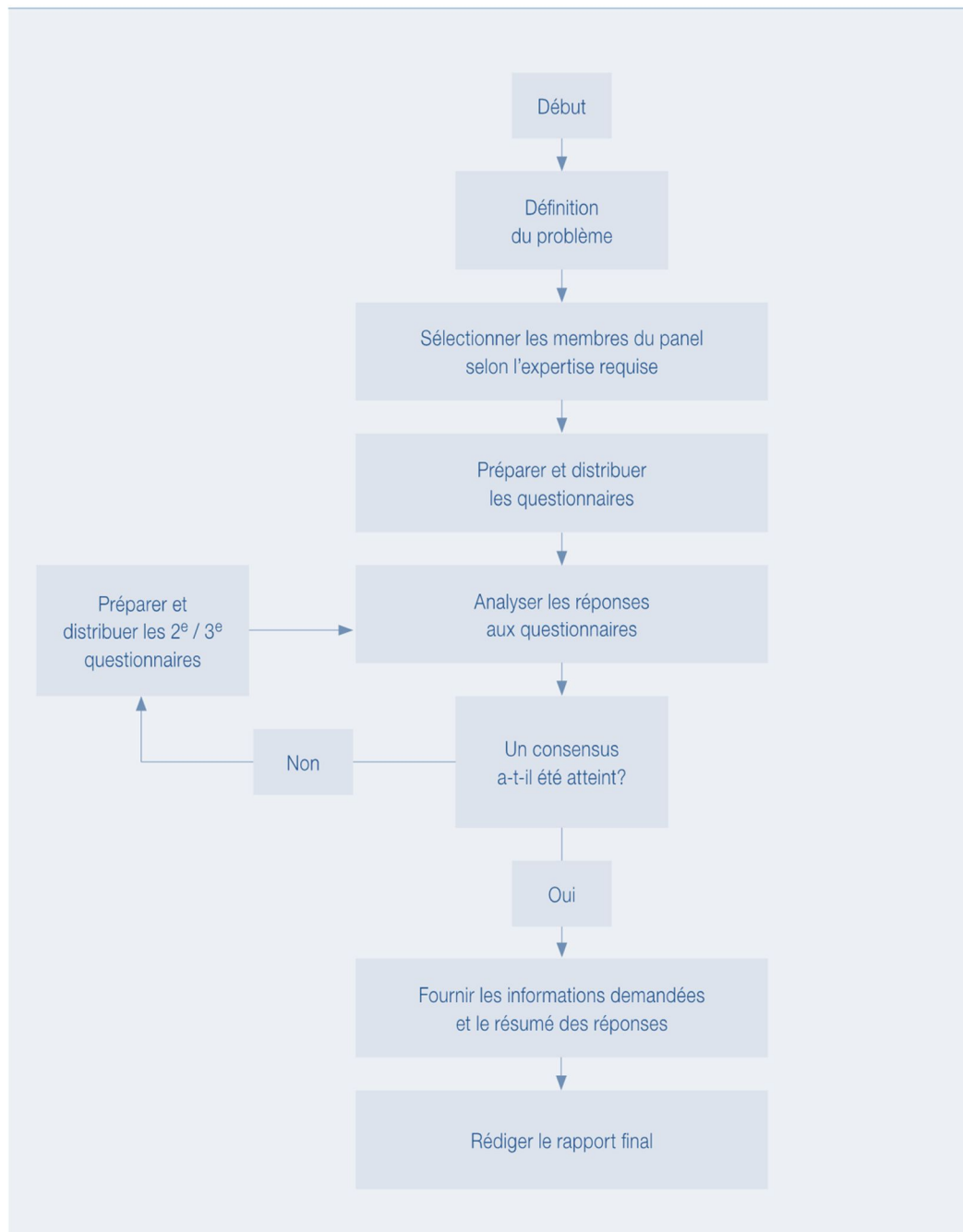


Figure 1 : trajet de la méthode Delphi® - extrait de <http://www.ryerson.ca/~mjoppe/ResearchProcess/841TheDelphiMethod.htm>

Définition des experts

Les experts étaient définis comme tout médecin ayant publié ou écrit sur le sujet de la demande de soins par ses proches.

Il était nécessaire d'être médecin pour appartenir au groupe d'experts. Il y avait très peu de critères d'exclusion. Un auteur n'a pas été retenu car il était en réalité conjoint de médecin, un autre car il était avocat. Il était nécessaire que les participants maîtrisent soit l'anglais soit le français, langues dans lesquelles notre questionnaire a été rédigé. La spécialité d'exercice n'a pas été un critère d'exclusion car tous les spécialistes sont concernés par ce sujet qu'ils soient médecins, chirurgiens, radiologues ou biologistes.

Modalités de contact des experts

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des modalités de contact des experts.

Pour chaque article, nous avons envoyé un email à l'adresse de contact mentionnée dans le texte. Quand elle n'était pas disponible, nous avons contacté les maisons d'édition pour transmettre notre message à l'auteur. Chaque fois qu'un auteur a été contacté, nous lui avons demandé de transmettre notre message à ses co-auteurs.

Concernant les thèses, nous avons recherché les numéros de téléphone des auteurs pour les contacter d'abord sur leur lieu de travail, puis nous avons communiqué par email.

Nous avons trouvé un moyen de contacter un auteur ou un éditeur pour chacun des articles. En revanche, tous ne nous ont pas répondu et certaines adresses email n'étaient plus attribuées.

Notre email de prise de contact exposait brièvement le sujet de notre thèse et la méthode que nous voulions utiliser et demandait aux auteurs s'ils acceptaient ou non de participer.

Premier questionnaire

Construction

Annexe 2 : Plan du premier questionnaire (français et anglais).

Annexe 3 : Lettres explicatives en français et en anglais accompagnant le premier questionnaire.

Le questionnaire était anonyme, respectant ainsi les principes de la méthode Delphi® consistant à ne pas influencer l'opinion des experts.

Pour améliorer sa clarté, nous avons classé au préalable en dix groupes (de a à j), les 79 items obtenus lors de notre synthèse bibliographique. Certains de ces groupes étaient également subdivisés en sous-parties. Nous avons défini nous-même ce plan de lecture. Nous avons reformulé certains items pour une meilleure lisibilité mais sans jamais en changer le sens.

Dans la première partie du questionnaire, les experts devaient se présenter brièvement.

Dans une seconde partie, il leur était demandé de noter chaque proposition selon une échelle de 0 à 3 :

- 0 s'ils considéraient la proposition comme non pertinente,
- 1 équivalait à une proposition jugée comme peu pertinente,
- 2 comme moyennement pertinente,
- 3 comme très pertinente.

Les experts n'avaient pas la possibilité de commenter chaque item.

La troisième et dernière partie du questionnaire était dédiée aux commentaires avec la possibilité dans un premier temps de suggérer des solutions qui n'auraient pas été proposées jusque-là dans la littérature. Dans un second temps, il était possible de laisser des commentaires concernant le questionnaire en lui-même ou concernant les propositions.

Nous avons testé ce questionnaire auprès de deux personnes extérieures à la recherche pour nous assurer de sa faisabilité, de la bonne compréhension des questions, et pour estimer la durée de réponse. Dans les suites, nous avons dû modifier quelques propositions, toujours en veillant à ne pas en changer le sens.

Le premier questionnaire était accompagné d'un email comportant le lien du questionnaire GoogleSheets® (*exemples 1 et 2 en annexe 2*). Cet email expliquait aux experts le but de l'étude et reprenait rapidement le principe de la méthode Delphi®. Le plan questionnaire était également fourni en pièce jointe.

Traduction du questionnaire

Nous avons réalisé nous-même sa traduction en anglais. Il a ensuite été relu en aveugle par un professeur d'anglais médical. Ce professeur l'a de nouveau traduit en français sans connaissance du questionnaire initial français. L'objectif de cette démarche était d'éliminer les ambiguïtés et les erreurs de traduction susceptibles de générer des malentendus dans les questions.

Deuxième questionnaire

Analyse des données collectées au premier questionnaire

Devant la petite taille de notre échantillon, nous avons d'abord eu tendance à vouloir réaliser une analyse statistique de nos résultats en prenant en compte la médiane et l'espace interquartile. Mais après avoir pris l'avis d'un statisticien, force nous a été de reconnaître que notre échantillon était trop petit pour pouvoir même utiliser ce type d'outil statistique.

Une analyse visuelle de nos résultats résumés dans un tableau était plus appropriée. Etant deux investigatrices, nous avons réalisé cette évaluation chacune de notre côté puis nous avons comparé nos interprétations de ce tableau.

Pour analyser l'avis du groupe à propos de la pertinence ou non d'une proposition, nous avons pris en compte :

- La répartition du nombre de réponse pour chaque note de 0 à 3 qui reflétait plutôt un désaccord global des experts si les réponses étaient dispersées dans les 4 catégories.
- La tendance vers la pertinence en cas de prédominance de cotations à 2 et à 3.
- La tendance vers la non-pertinence en cas de prédominance de cotations à 0 et à 1.

Nous considérons le consensus atteint lorsqu'il n'y avait pas plus de deux avis divergents (par exemple, la proposition était jugée vraiment pertinente s'il n'existait pas plus de deux réponses cotées à 0 ou à 1).

Ceci nous a ensuite permis de reclasser les propositions en trois catégories en vue de la construction du second questionnaire :

- Les propositions de la littérature jugées pertinentes par la majorité du groupe.
- Celles n'ayant pas suscité un accord du groupe mais ayant tendance à être jugées comme pertinentes.
- Et les propositions ayant suscité des avis très hétérogènes sans tendance perceptible.

Construction et envoi du second questionnaire

Annexes 4 : Plan du second questionnaire.

Annexe 5 : Lettre d'explication accompagnant ce questionnaire.

Le deuxième questionnaire était constitué de quatre parties.

La première partie comportait un récapitulatif des commentaires émis lors du précédent questionnaire ainsi qu'une première question afin de savoir si l'expert consulté avait répondu ou non au premier questionnaire. Les réponses reçues à celui-ci étant anonymes, nous ne pouvions savoir qui y avait répondu ou non parmi les contacts invités à participer.

Pour la deuxième partie, nous avons présenté chacune des propositions jugées par la globalité du groupe comme pertinente en demandant aux participants pour chacune d'elles de confirmer ou non son accord avec le groupe et ensuite de commenter et/ou de reformuler la proposition s'il le souhaitait. Il leur était également demandé de commenter en cas de désaccord.

La troisième partie reprenait chaque proposition ayant tendance à être jugée comme pertinente sans qu'il existe un accord global du groupe. Pour chacune d'elle, il était proposé de la conserver, de la supprimer et/ou de la reformuler et il était demandé aux participants de donner leur avis quant à l'hétérogénéité des réponses la concernant lors du premier questionnaire.

Enfin, dans la dernière partie, les solutions ayant suscité des avis très hétérogènes sans tendance perceptible vers la pertinence ou la non-pertinence étaient exposées. Pour chacune d'elle, il était également proposé aux experts de la conserver, de la supprimer et/ou de la reformuler et de donner leur avis quant à l'hétérogénéité des réponses la concernant lors du premier questionnaire.

Comme pour le premier questionnaire, il a été envoyé sous la forme d'un lien GoogleSheets® (*exemples 3 et 4 en annexe 4*) accompagné d'un email explicatif et de son plan.

De nouveau, nous avons réalisé la traduction en anglais de ce deuxième questionnaire et demandé sa relecture par le professeur d'anglais médical sollicité lors du premier questionnaire. Cependant, cette fois-ci, nous n'avons pas obtenu de réponse rapide. Devant le délai déjà écoulé, nous avons jugé préférable de l'envoyer malgré tout afin de ne pas démotiver les participants.

Troisième tour

Analyse des données collectées au deuxième questionnaire

L'analyse des données du deuxième questionnaire a été réalisée de manière similaire à celle du premier questionnaire. Nous avons regroupé les résultats des questionnaires anglais et français dans un même tableau et réalisé une analyse visuelle des résultats. Nous avons analysé le tableau séparément puis mis en commun nos résultats.

Le consensus était obtenu (proposition considérée comme validée ou rejetée) lorsqu'elle ne comptait pas plus de deux avis divergents (avis négatif ou absence de réponse). Pour le reste des propositions qui ne faisaient pas l'unanimité, nous pouvions tout de même souvent dégager une tendance vers la pertinence ou la non-pertinence (plus de la moitié des avis positifs ou négatifs).

De même pour les commentaires, nous avons extrait des unités de sens pour chaque commentaire que nous avons regroupées lorsque le nombre de commentaire par question le permettait.

Construction de l'outil et envoi

Nous avons choisi une base pédagogique pour mettre en forme les résultats obtenus au deuxième tour. A partir de ces résultats, nous avons défini un objectif, une méthode et une base de données à utiliser pour une éventuelle formation. La mise en forme de la base de données reprend le plan de lecture que nous avons utilisé lors des questionnaires. Nous avons pris le parti de n'inclure que les propositions pour lesquelles un consensus avait été obtenu. Nous avons regroupé certaines propositions différemment, notamment en tenant compte des commentaires reçus.

Une fois cette base créée, il nous a semblé intéressant de l'associer à un outil plus visuel, reprenant les idées de la base de données sous forme d'organigramme. Cet outil

permettrait aux participants de retrouver rapidement les idées principales évoquées lors de la formation.

Ces deux matériaux ont été envoyés aux experts dans le cadre d'un tour d'exposition des résultats inhérent à toute méthode Delphi®.

RESULTATS

Population d'experts

Après avoir contacté tous les auteurs des articles retenus, nous avons reçu 25 réponses positives d'experts prêts à participer à notre thèse, 13 auteurs américains, 2 auteures malaysiennes et 10 auteurs français.

Après l'envoi du premier questionnaire, nous avons reçu 13 réponses effectives, soit environ la moitié des intentions de participer. 7 auteurs américains et 6 auteurs français nous ont donc répondu. La parité sexuelle était respectée (6 hommes et 6 femmes, un non répondant). La fourchette d'âge était large, allant de 28 à 69 ans, évidemment corrélée au nombre d'années d'exercice s'étendant de 1 à 40 ans. Les experts avaient des types d'exercices variés : un expert avait un exercice mixte hospitalier et libéral, 6 experts étaient libéraux, 4 étaient hospitaliers, et un était salarié non hospitalier (un expert non répondant). Nous avons contacté des auteurs exerçant différentes spécialités (spécialités médicales, chirurgie, réanimation), malheureusement seuls 3 experts ont répondu à cet item les concernant (1 chirurgien et 2 spécialistes médicaux). Dans notre groupe de 13 experts, 5 participaient à l'enseignement universitaire.

Ce groupe permettait donc de tendre vers une variabilité maximale et ainsi de collecter des avis différents sur le sujet.

Douze experts ayant répondu au premier questionnaire ont participé au suivant. L'un d'eux a abandonné en cours de questionnaire. Nous n'avons pas pris en compte les réponses d'un expert lors du deuxième tour, car il n'avait pas participé au premier questionnaire.

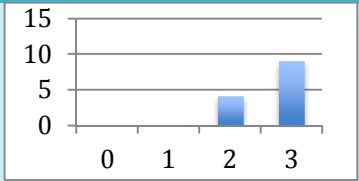
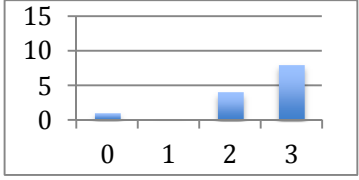
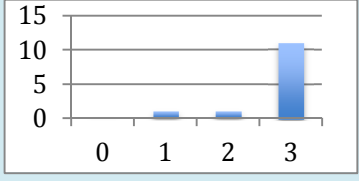
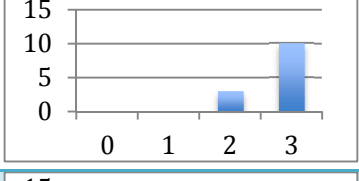
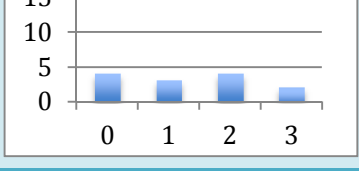
Premier questionnaire

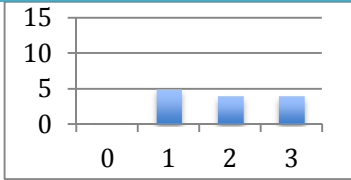
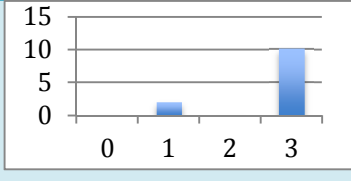
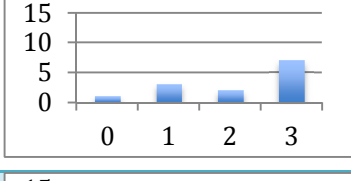
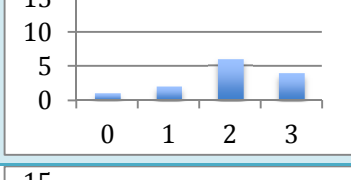
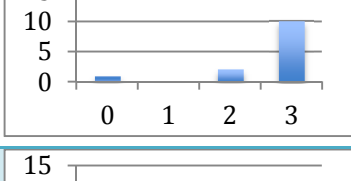
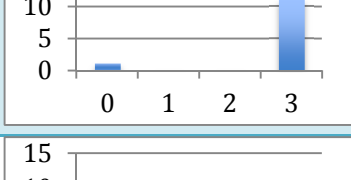
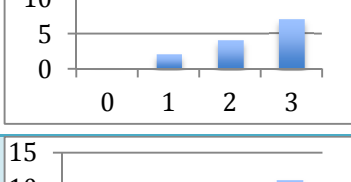
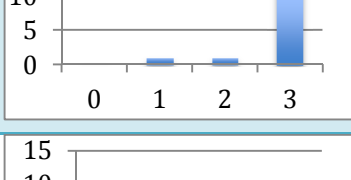
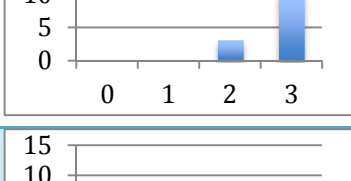
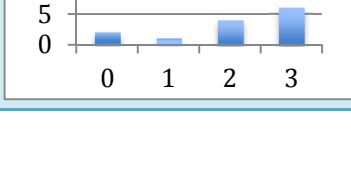
Il a été envoyé le 10/01/2015, accompagné d'une lettre explicative et d'un plan de lecture. Des emails de relance ont été renvoyés tous les 15 jours. Nous avons décidé de clore le questionnaire le 26/02/15 en l'absence de nouvelle réponse malgré un email de relance envoyé 10 jours plus tôt.

Notation des propositions

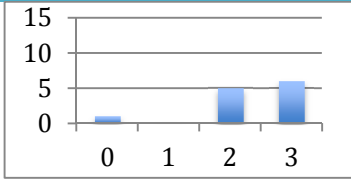
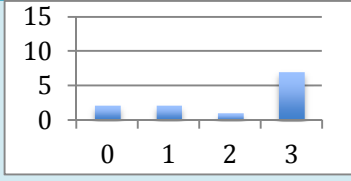
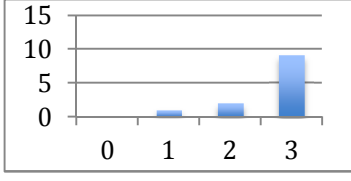
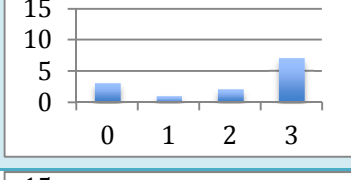
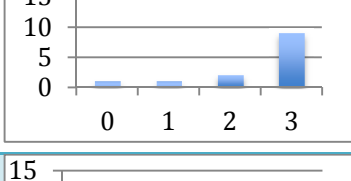
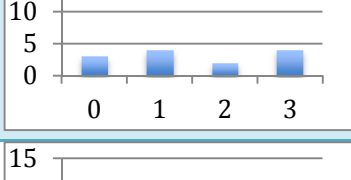
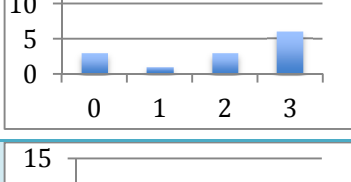
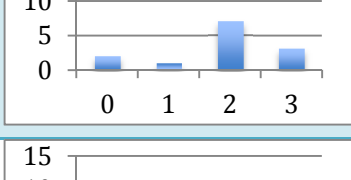
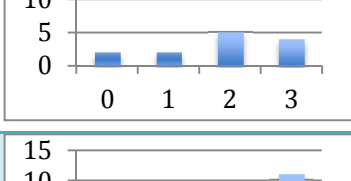
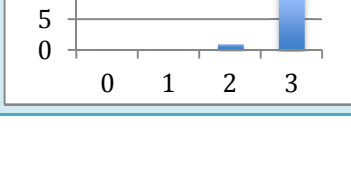
Pour exposer les réponses obtenues au questionnaire, nous avons regroupé les résultats français et anglais dans le tableau suivant:

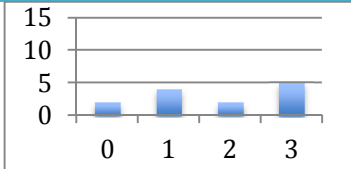
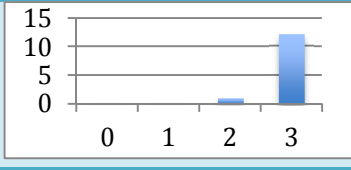
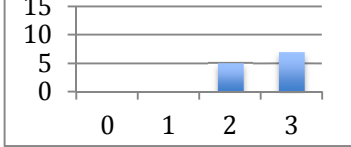
A. REFLECHIR AVANT QUE LA SITUATION NE SE PRESENTE :

1. Avoir eu une réflexion antérieure à la présentation du problème.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Score</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>	Score	Frequency	0	0	1	0	2	4	3	9
Score	Frequency										
0	0										
1	0										
2	4										
3	9										
2. Bénéficier d'une formation sur le sujet pendant les études médicales.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Score</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	Score	Frequency	0	1	1	0	2	4	3	8
Score	Frequency										
0	1										
1	0										
2	4										
3	8										
3. Evoquer la situation au préalable avec ses proches :	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Score</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>11</td> </tr> </tbody> </table>	Score	Frequency	0	0	1	1	2	1	3	11
Score	Frequency										
0	0										
1	1										
2	1										
3	11										
- Expliquer la double contrainte médecin/proche.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Score</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	Score	Frequency	0	0	1	0	2	3	3	10
Score	Frequency										
0	0										
1	0										
2	3										
3	10										
- Donner une fiche d'information au préalable aux proches sur les implications de leur demande	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Score</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Score	Frequency	0	4	1	3	2	4	3	2
Score	Frequency										
0	4										
1	3										
2	4										
3	2										

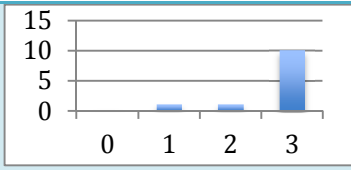
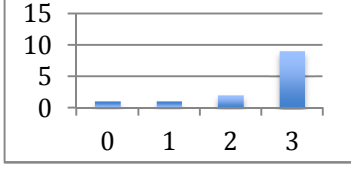
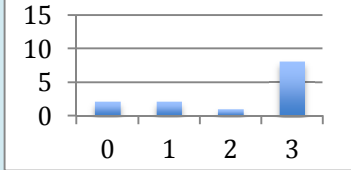
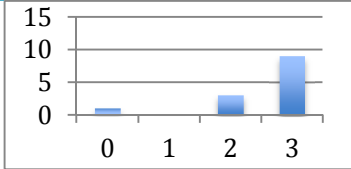
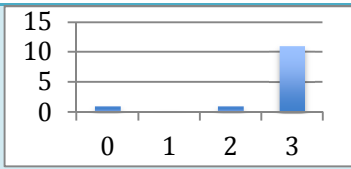
- Prévenir ses proches qu'on ne les soignera pas.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Risque</th> <th>Fréquence</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Risque	Fréquence	0	0	1	5	2	4	3	4
Risque	Fréquence										
0	0										
1	5										
2	4										
3	4										
4. Savoir identifier les demandes dont l'implication est à risque minime, modéré ou élevé pour le médecin.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Risque</th> <th>Fréquence</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	Risque	Fréquence	0	0	1	2	2	0	3	10
Risque	Fréquence										
0	0										
1	2										
2	0										
3	10										
- Conseils, éducation et accompagnement sont des situations dont le niveau de risque est minime en termes d'implication.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Risque</th> <th>Fréquence</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>	Risque	Fréquence	0	1	1	3	2	2	3	7
Risque	Fréquence										
0	1										
1	3										
2	2										
3	7										
- Suggérer que le patient n'a pas besoin de voir un médecin, renouveler une ordonnance ponctuellement et suggérer des médicaments sans prescription sont des situations dont le niveau de risque est modéré en termes d'implication.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Risque</th> <th>Fréquence</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Risque	Fréquence	0	1	1	2	2	6	3	4
Risque	Fréquence										
0	1										
1	2										
2	6										
3	4										
- Prescrire un nouveau médicament, prescrire des examens complémentaires, vérifier des résultats, prendre des décisions et réaliser des gestes au-delà des premiers secours sont des situations dont le niveau de risque est élevé en termes d'implication	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Risque</th> <th>Fréquence</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	Risque	Fréquence	0	1	1	0	2	2	3	10
Risque	Fréquence										
0	1										
1	0										
2	2										
3	10										
5. Préparer la gestion du double rôle proche/médecin.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Risque</th> <th>Fréquence</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	Risque	Fréquence	0	1	1	0	2	0	3	10
Risque	Fréquence										
0	1										
1	0										
2	0										
3	10										
- Réfléchir sur les motivations du proche et du médecin.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Risque</th> <th>Fréquence</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>	Risque	Fréquence	0	0	1	2	2	4	3	7
Risque	Fréquence										
0	0										
1	2										
2	4										
3	7										
- Prendre du recul.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Risque</th> <th>Fréquence</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	Risque	Fréquence	0	0	1	1	2	1	3	10
Risque	Fréquence										
0	0										
1	1										
2	1										
3	10										
- Bien identifier et clarifier les différentes influences entrant en jeu dans le conflit des rôles de proche et de médecin.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Risque</th> <th>Fréquence</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	Risque	Fréquence	0	0	1	0	2	3	3	10
Risque	Fréquence										
0	0										
1	0										
2	3										
3	10										
- En tant que proche, se poser la question : - Quels sont mes rôles au sein de la famille?	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Risque</th> <th>Fréquence</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	Risque	Fréquence	0	2	1	1	2	4	3	6
Risque	Fréquence										
0	2										
1	1										
2	4										
3	6										

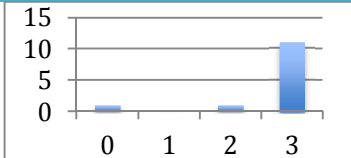
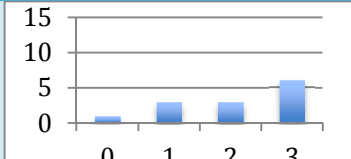
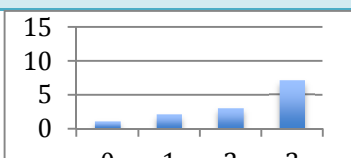
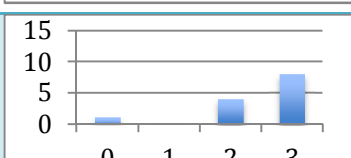
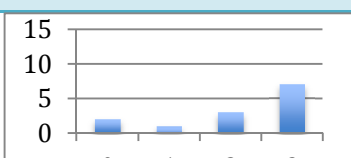
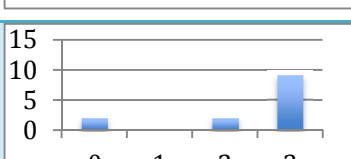
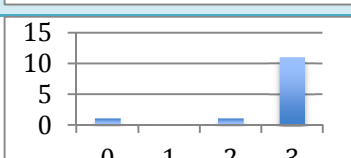
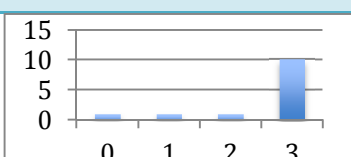
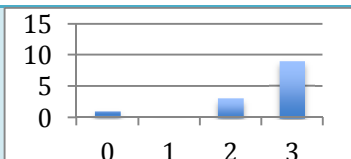
- Quelles sont les composantes de mon rôle au sein de la famille auxquelles je tiens le plus ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Rating</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	Rating	Frequency	0	3	1	2	2	2	3	6
Rating	Frequency										
0	3										
1	2										
2	2										
3	6										
- En quoi mes connaissances médicales changent-elles mon rôle au sein de la famille ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Rating</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	Rating	Frequency	0	0	1	3	2	2	3	8
Rating	Frequency										
0	0										
1	3										
2	2										
3	8										
- En tant que médecin, se poser la question : - Quels sont les aspects de mon identité professionnelle auxquels je tiens ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Rating</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Rating	Frequency	0	2	1	4	2	2	3	5
Rating	Frequency										
0	2										
1	4										
2	2										
3	5										
- En quoi ma relation intrafamiliale interagit avec mon identité professionnelle ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Rating</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	Rating	Frequency	0	1	1	1	2	5	3	6
Rating	Frequency										
0	1										
1	1										
2	5										
3	6										
- Concernant les attentes des autres membres de ma famille, se poser la question : - Qu'est-ce que ma famille attend de moi en tant que médecin ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Rating</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>	Rating	Frequency	0	0	1	1	2	3	3	9
Rating	Frequency										
0	0										
1	1										
2	3										
3	9										
- Comment je me sens face à ses attentes ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Rating</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>11</td> </tr> </tbody> </table>	Rating	Frequency	0	1	1	0	2	1	3	11
Rating	Frequency										
0	1										
1	0										
2	1										
3	11										
- Comment je me comporte face à ses demandes ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Rating</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>12</td> </tr> </tbody> </table>	Rating	Frequency	0	0	1	0	2	1	3	12
Rating	Frequency										
0	0										
1	0										
2	1										
3	12										
- Quelles seraient les conséquences si j'agissais différemment ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Rating</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>	Rating	Frequency	0	1	1	1	2	2	3	9
Rating	Frequency										
0	1										
1	1										
2	2										
3	9										
- Concernant les attentes de mes confrères, se poser la question : - Comment sollicitent-ils mon implication ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Rating</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	Rating	Frequency	0	2	1	2	2	3	3	6
Rating	Frequency										
0	2										
1	2										
2	3										
3	6										
- Comment je me sens face à leurs sollicitations ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Rating</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	Rating	Frequency	0	1	1	0	2	5	3	6
Rating	Frequency										
0	1										
1	0										
2	5										
3	6										

- Comment je me comporte face à leurs sollicitations ?	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Frequency	0	1	1	0	2	5	3	6
Response	Frequency										
0	1										
1	0										
2	5										
3	6										
- Quelles seraient les conséquences si j'agissais autrement ?	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Frequency	0	2	1	2	2	1	3	7
Response	Frequency										
0	2										
1	2										
2	1										
3	7										
6. Se fixer des limites dans la prise en charge à ne pas dépasser.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Frequency	0	0	1	1	2	2	3	9
Response	Frequency										
0	0										
1	1										
2	2										
3	9										
- Définir des problèmes mineurs que l'on acceptera de traiter.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Frequency	0	3	1	1	2	2	3	7
Response	Frequency										
0	3										
1	1										
2	2										
3	7										
- Déterminer les limites de son implication concernant la santé de ses proches.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Frequency	0	1	1	1	2	2	3	9
Response	Frequency										
0	1										
1	1										
2	2										
3	9										
- Ne pas faire ce qui nécessite un diplôme de médecine.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Frequency	0	3	1	4	2	2	3	4
Response	Frequency										
0	3										
1	4										
2	2										
3	4										
- Préserver un espace personnel privé libre de toute sollicitation d'ordre médical.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Frequency	0	3	1	1	2	3	3	6
Response	Frequency										
0	3										
1	1										
2	3										
3	6										
- Etre capable de cloisonner les aspects professionnels et personnels (= ne plus être médecin dans sa vie de famille avec ses parents et vice versa, ne plus être fils ou fille quand on soigne ses parents).	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Frequency	0	2	1	1	2	7	3	3
Response	Frequency										
0	2										
1	1										
2	7										
3	3										
- Ne pas prendre de décision concernant la santé de ses proches.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Frequency	0	2	1	2	2	5	3	4
Response	Frequency										
0	2										
1	2										
2	5										
3	4										
7. Se préparer à dire non.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>11</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Frequency	0	0	1	0	2	1	3	11
Response	Frequency										
0	0										
1	0										
2	1										
3	11										

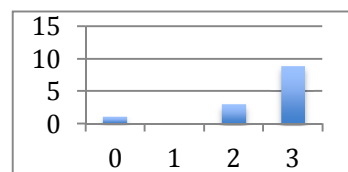
- Avoir des réponses types en cas de refus à la demande.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Count</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Count	0	2	1	4	2	2	3	5
Response	Count										
0	2										
1	4										
2	2										
3	5										
- Expliquer clairement le non et les raisons à son proche de ce refus de prise en charge.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Count</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>12</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Count	0	0	1	0	2	1	3	12
Response	Count										
0	0										
1	0										
2	1										
3	12										
8. Avoir une réflexion sur le rapport bénéfice/risque de la position choisie.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Count</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Count	0	0	1	0	2	5	3	7
Response	Count										
0	0										
1	0										
2	5										
3	7										

B. LA DEMANDE ETANT FORMULEE PAR LE PROCHE, VOICI LES QUESTIONS A SE POSER QUI ONT ETE PROPOSEES AFIN DE BIEN IDENTIFIER LES DIFFERENTES PROBLEMATIQUES SUSCEPTIBLES DE SE PRESENTER :

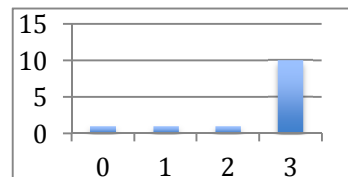
1. Suis-je bénéfique ou est-ce que je risque de nuire à mon proche?	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Count</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Count	0	0	1	1	2	1	3	10
Response	Count										
0	0										
1	1										
2	1										
3	10										
2. Suis-je formé pour traiter le problème médical que présente mon proche?	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Count</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Count	0	1	1	1	2	2	3	9
Response	Count										
0	1										
1	1										
2	2										
3	9										
3. Suis-je suffisamment en confiance pour gérer cette demande ?	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Count</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Count	0	2	1	2	2	1	3	8
Response	Count										
0	2										
1	2										
2	1										
3	8										
4. Les soins peuvent-ils être réalisés dans de bonnes conditions pratiques et techniques?	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Count</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Count	0	1	1	0	2	2	3	9
Response	Count										
0	1										
1	0										
2	2										
3	9										
5. Suis-je trop proche de mon proche pour recueillir son histoire intime et son état physique et me charger d'annoncer une mauvaise nouvelle si nécessaire?	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Count</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Count	0	1	1	0	2	1	3	10
Response	Count										
0	1										
1	0										
2	1										
3	10										

6. Puis-je être suffisamment objectif pour ne pas dispenser trop ou pas assez de soins ou alors de manière inappropriée?	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Count</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>11</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Count	0	1	1	0	2	1	3	11
Response	Count										
0	1										
1	0										
2	1										
3	11										
7. Mon implication sur le plan médical est-elle susceptible de provoquer ou d'aggraver des conflits intra-familiaux?	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Count</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Count	0	1	1	3	2	3	3	6
Response	Count										
0	1										
1	3										
2	3										
3	6										
8. Le fait d'accepter les soins risque-t-il de modifier mon identité familiale ?	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Count</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Count	0	1	1	2	2	3	3	7
Response	Count										
0	1										
1	2										
2	3										
3	7										
9. Mes proches seront-ils plus compliants aux soins si c'est un autre médecin qui les prodigue?	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Count</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Count	0	1	1	0	2	4	3	8
Response	Count										
0	1										
1	0										
2	4										
3	8										
10. Vais-je accepter que le médecin à qui j'ai adressé mes proches s'occupe d'eux?	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Count</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Count	0	2	1	1	2	3	3	7
Response	Count										
0	2										
1	1										
2	3										
3	7										
11. Suis-je prêt à être responsable devant mes pairs et la société pour cette prise en charge?	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Count</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Count	0	2	1	0	2	2	3	9
Response	Count										
0	2										
1	0										
2	2										
3	9										
12. Suis-je prêt à faire face aux critiques de mon proche et du reste de la famille ?	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Count</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>11</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Count	0	1	1	0	2	1	3	11
Response	Count										
0	1										
1	0										
2	1										
3	11										
13. Que pourrais-je faire devant cette demande si je n'avais pas de diplôme de médecine ? en cas de nécessité d'une licence médicale pour répondre à la demande, faire preuve de prudence.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Count</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Count	0	3	1	1	2	4	3	5
Response	Count										
0	3										
1	1										
2	4										
3	5										
14. Existe-t-il une autre option ? si oui, ne pas accepter la demande.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Count</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Count	0	1	1	1	2	1	3	10
Response	Count										
0	1										
1	1										
2	1										
3	10										
15. La relation de soin est-elle susceptible de compromettre mon bien-être personnel ?	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Count</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Count	0	1	1	0	2	3	3	9
Response	Count										
0	1										
1	0										
2	3										
3	9										

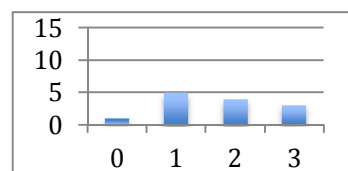
C. EVITER LA CONFUSION DES 2 ROLES (PROCHE ET MEDECIN), BIEN AVOIR CONSCIENCE DE LA DOUBLE CONTRAINTE QUI S'EXERCE SUR LE MEDECIN-PROCHE.



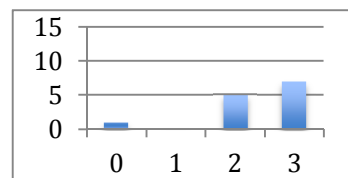
D. PREFERER LE ROLE DE CONSEILLER ET DE DEFENSEUR ET MEMBRE DE LA FAMILLE.



E. NE PAS PRENDRE EN CHARGE SES PARENTS OU SES PROCHES.

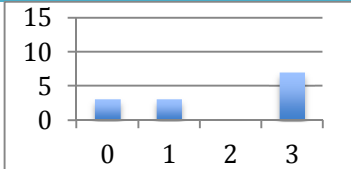
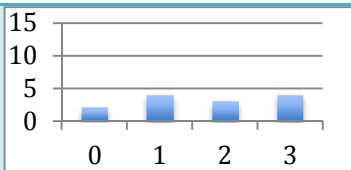
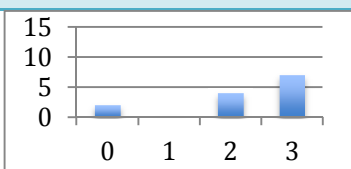
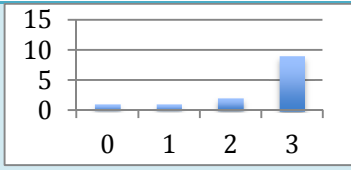
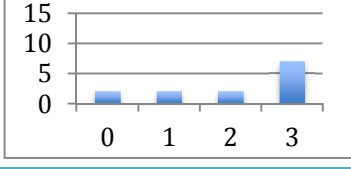
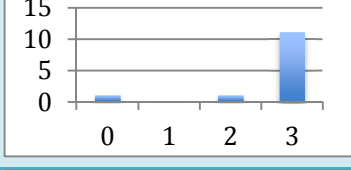
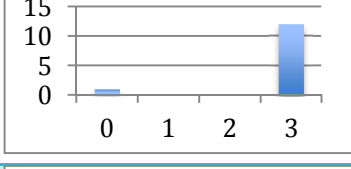
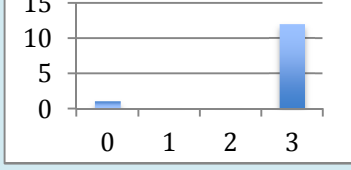
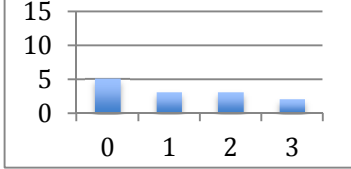
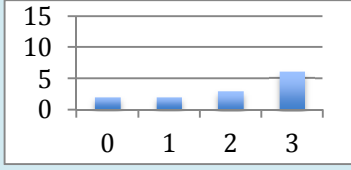


F. ADRESSER SYSTEMATIQUEMENT A UN CONFRERE POUR AVIS EXTERIEUR NEUTRE ET PARTAGE DES DECISIONS.



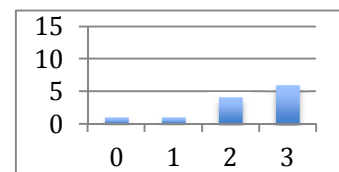
G. QUE FAIRE SI L'ON REPOND POSITIVEMENT A LA DEMANDE?

1. Identifier clairement quelles sont les attentes du proche et les vôtres.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>11</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Frequency	0	1	1	0	2	1	3	11
Response	Frequency										
0	1										
1	0										
2	1										
3	11										
2. Cadrer dès le départ la consultation et exposer au proche les règles de cette prise en charge ainsi que les difficultés et conséquences éventuelles engendrées par celle-ci.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Frequency	0	1	1	1	2	1	3	9
Response	Frequency										
0	1										
1	1										
2	1										
3	9										
3. Assurer la même prise en charge que pour tout autre patient :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Frequency	0	1	1	3	2	2	3	7
Response	Frequency										
0	1										
1	3										
2	2										
3	7										

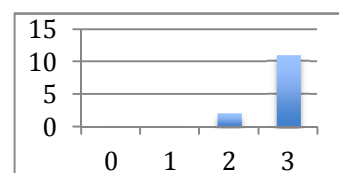
- Avoir une relation empathique et non sympathique.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Scale</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>	Scale	Frequency	0	3	1	3	2	0	3	7
Scale	Frequency										
0	3										
1	3										
2	0										
3	7										
- Réaliser la consultation au cabinet.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Scale</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Scale	Frequency	0	2	1	4	2	3	3	4
Scale	Frequency										
0	2										
1	4										
2	3										
3	4										
- Tenir un dossier.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Scale</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>	Scale	Frequency	0	2	1	0	2	4	3	7
Scale	Frequency										
0	2										
1	0										
2	4										
3	7										
- Transmettre les éléments de la prise en charge au médecin traitant du proche.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Scale</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>	Scale	Frequency	0	1	1	1	2	2	3	9
Scale	Frequency										
0	1										
1	1										
2	2										
3	9										
- Réaliser un interrogatoire, un examen clinique et un suivi.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Scale</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>	Scale	Frequency	0	2	1	2	2	2	3	7
Scale	Frequency										
0	2										
1	2										
2	2										
3	7										
- Etre vigilant sur la confidentialité notamment au sein de la famille. Garder le secret médical.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Scale</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>11</td> </tr> </tbody> </table>	Scale	Frequency	0	1	1	0	2	1	3	11
Scale	Frequency										
0	1										
1	0										
2	1										
3	11										
- Informer sur les bénéfices et les risques.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Scale</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>12</td> </tr> </tbody> </table>	Scale	Frequency	0	1	1	0	2	0	3	12
Scale	Frequency										
0	1										
1	0										
2	0										
3	12										
- Garder en tête que l'on est responsable de nos prescriptions.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Scale</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>12</td> </tr> </tbody> </table>	Scale	Frequency	0	1	1	0	2	0	3	12
Scale	Frequency										
0	1										
1	0										
2	0										
3	12										
- Faire payer la consultation.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Scale</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Scale	Frequency	0	5	1	3	2	3	3	2
Scale	Frequency										
0	5										
1	3										
2	3										
3	2										
- Laisser une autonomie au proche dans la décision de soin.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Scale</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	Scale	Frequency	0	2	1	2	2	3	3	6
Scale	Frequency										
0	2										
1	2										
2	3										
3	6										

- Garder une ambiance professionnelle lors de la consultation.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Score</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	Score	Frequency	0	2	1	0	2	3	3	8
Score	Frequency										
0	2										
1	0										
2	3										
3	8										
- Maintenir la distance nécessaire pour garder son objectivité.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Score</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	Score	Frequency	0	2	1	1	2	3	3	6
Score	Frequency										
0	2										
1	1										
2	3										
3	6										
4. Ne pas interférer avec des soins déjà mis en place.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Score</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	Score	Frequency	0	0	1	1	2	2	3	10
Score	Frequency										
0	0										
1	1										
2	2										
3	10										
5. Faire confiance aux confrères.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Score</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	Score	Frequency	0	0	1	2	2	1	3	10
Score	Frequency										
0	0										
1	2										
2	1										
3	10										

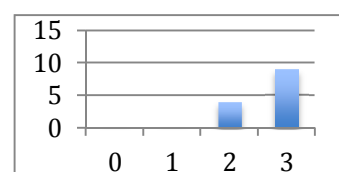
H. PARTICIPER A DES GROUPES BALINT OU GROUPES DE PAIRS.

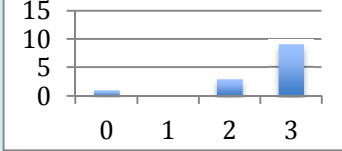
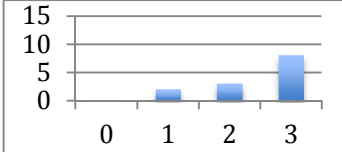


I. CONNAITRE LES ASPECTS JURIDIQUES DE CETTE SITUATION NOTAMMENT CONCERNANT LES PRESCRIPTIONS INFORMELLES.



J. AVOIR UN TRAVAIL DE REFLEXION REGULIER.



1. Limiter l'intrusion de la relation personnelle dans la relation de soin.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Score</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>	Score	Frequency	0	1	1	0	2	3	3	9
Score	Frequency										
0	1										
1	0										
2	3										
3	9										
2. Réévaluer son attitude par rapport à l'évolution de sa pratique personnelle, de sa relation affective avec les proches et de leur état de santé.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Score</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	Score	Frequency	0	0	1	0	2	3	3	8
Score	Frequency										
0	0										
1	0										
2	3										
3	8										

Après lecture des réponses au questionnaire, de nombreuses propositions étaient jugées comme pertinentes par le groupe d'experts. Il n'existait jamais d'unanimité (c'est-à-dire uniquement des cotations à 3). Cependant, beaucoup de propositions ont obtenu une majorité de score à 2 et/ou 3 (moyennement pertinent ou très pertinent), sans qu'il existe une grande dispersion des réponses (moins de deux occurrences égales ou inférieures à 1).

Un groupe de propositions avait une majorité de score à 2 et à 3 mais avec une grande hétérogénéité des réponses.

Enfin pour une dernière partie des propositions, la dispersion des réponses était grande sans que le score soit élevé ou faible.

Aucune proposition n'a été jugée non-pertinente de manière consensuelle.

Commentaires

Nous avons proposé deux zones de commentaires à la fin de notre questionnaire : l'une permettant de proposer des solutions qui n'auraient pas été citées dans la littérature et l'autre permettant de critiquer le questionnaire en lui-même.

Pour les analyser, nous les avons d'abord séparées en unités de sens puis nous avons tenté de les regrouper. Nous avons peu de données, seules certaines unités de sens étaient proposées par différents experts.

Commentaires sur la gestion de la demande de soins de ses proches

Plusieurs experts soulignaient le fait que les situations de demande de soins ou de prise en charge des proches sont souvent des situations complexes et que de simples propositions ne sont pas suffisantes pour gérer ces demandes (*« You can't get at the truth by cutting it up into little pieces and holding a referendum on the fragments any more than you can create life from a bunch of denatured proteins. »¹*).

Il nous a également été dit que notre questionnaire ne parvenait pas à rendre compte du risque que représentaient certaines situations par rapport à d'autres.

Un expert rappelait aussi que chaque personne est différente et donc que ses réactions et sa réponse seront différentes d'une autre personne face à une même demande.

Un des participants conseillait d'avoir toujours à l'esprit que l'on ne peut pas se défaire de nos responsabilités, mais cette proposition avait déjà été citée sous une autre formulation.

Enfin un autre expert, nous demandait de prendre en compte l'isolement géographique et le fait que l'on doive parfois prendre en charge ses proches car nous n'avons pas le choix.

Ces commentaires relevant de situations spécifiques ou ayant déjà été formulés de façon différente, nous ne les avons pas intégrés dans le nouveau questionnaire.

Commentaires sur le questionnaire

Plusieurs experts ont regretté le manque d'options possibles dans la présentation du médecin, les commentaires qu'ils ont laissés pour décrire leur activité ont été pris en compte dans la présentation de la population d'experts.

¹ « Vous ne pouvez pas plus obtenir la vérité en coupant ça en petits fragments et en proposant un référendum, qu'obtenir la vie à partir d'un tas de protéines dénaturées. »

Certains experts n'adhéraient pas à notre mode de catégorisation des propositions ainsi qu'à notre échelle de notation (le terme de « pertinence » était problématique et aurait dû être remplacé par « accord » selon certains).

Un des participants aurait aimé avoir des plages de commentaire pour chaque proposition.

Deux experts nous ont également fait part de problèmes concernant la traduction anglaise malgré la relecture faite par un professeur.

Second questionnaire

Il a été envoyé le 20/05/2015 accompagné lui aussi d'une lettre explicative et d'un plan de lecture. Des emails de relance ont été envoyés tous les 15 jours. N'ayant pas reçu de nouvelle réponse pour le questionnaire anglais et ayant reçu toutes les réponses pour le questionnaire français, il a été clôturé le 12/07/2015 (15 jours après l'envoi du dernier email de relance).

Notation des propositions

Nous avons de nouveau regroupé les réponses des deux questionnaires dans le tableau suivant :

I. Propositions de la littérature jugées pertinentes par la majorité du groupe au premier questionnaire:

A. REFLECHIR AVANT QUE LA SITUATION NE SE PRESENTE :

■ Non répondu ■ Pas d'accord ■ D'accord

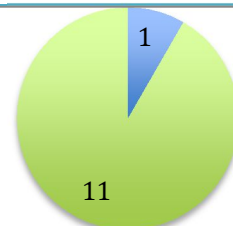
1. Avoir eu une réflexion antérieure à la présentation du problème. "I don't know what "it" is, so the question is unclear." "I don't know what 'it' refers to."	<table border="1"><thead><tr><th>Response</th><th>Count</th></tr></thead><tbody><tr><td>D'accord</td><td>11</td></tr><tr><td>Non répondu</td><td>1</td></tr></tbody></table>	Response	Count	D'accord	11	Non répondu	1
Response	Count						
D'accord	11						
Non répondu	1						
2. Bénéficier d'une formation sur le sujet pendant les études médicales. "Also unclear."	<table border="1"><thead><tr><th>Response</th><th>Count</th></tr></thead><tbody><tr><td>D'accord</td><td>11</td></tr><tr><td>Non répondu</td><td>1</td></tr></tbody></table>	Response	Count	D'accord	11	Non répondu	1
Response	Count						
D'accord	11						
Non répondu	1						

■ Non répondu ■ Pas d'accord ■ D'accord

3. Evoquer la situation au préalable avec ses proches.

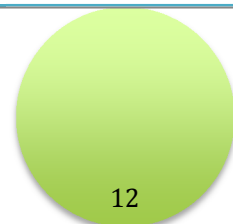
"Also unclear"

"not sure what you mean; there will always be a 'first time' for a relative asking a question; probably better to have a strategy set out for how you'll respond to the ask by relative"

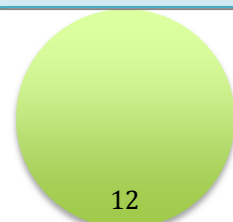


- Expliquer la double contrainte médecin/proche.

"Explain the dual obligations of being a loved one and a physician"



4. Savoir identifier les demandes dont l'implication est à risque minime, modéré ou élevé pour le médecin.

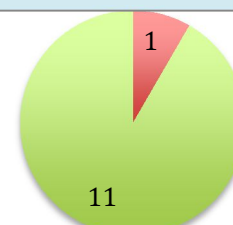


- Prescrire un nouveau médicament, prescrire des examens complémentaires, vérifier des résultats, prendre des décisions et réaliser des gestes au-delà des premiers secours sont des situations dont le niveau de risque est élevé en termes d'implication.

"There are minor exceptions to this, such as an antihistamine in a young healthy person" .

"Depends what you mean by coordinating care - I don't think that would necessarily be high risk".

"Cette proposition contient trop d'idées, trop vagues (qu'est ce qu'on entend par prendre des décisions?)".



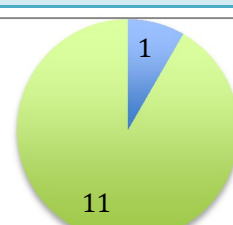
5. Préparer la gestion du double rôle proche/médecin.

"Prepare to deal with the dual role of loved one and physician".

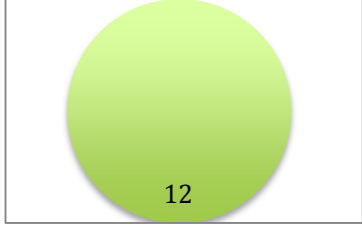
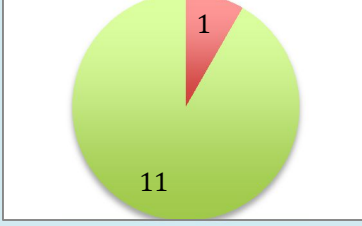
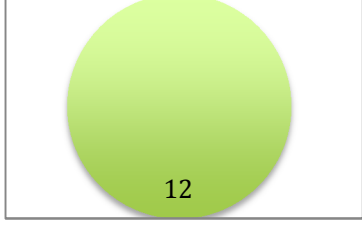
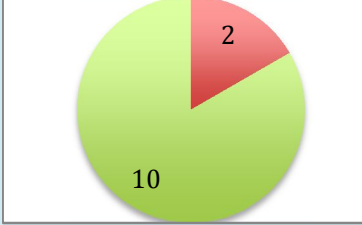
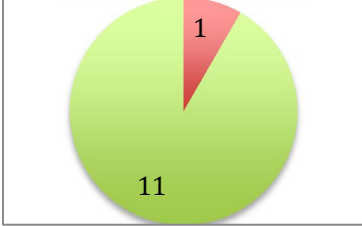
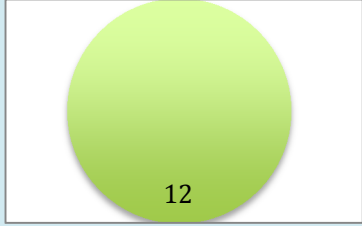
"Unclear " .

"don't know what this means".

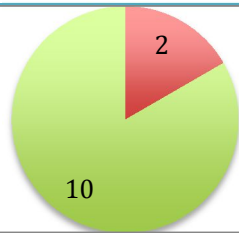
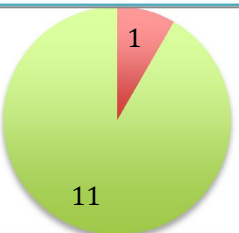
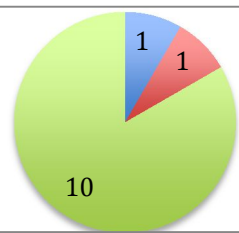
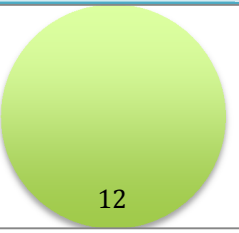
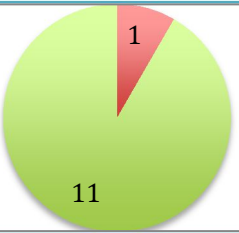
"d'accord mais c'est très vague... quelle différence avec réflexion antérieure/discussion avec les proches/formation? C'est un peu redondant".



■ Non répondu ■ Pas d'accord ■ D'accord

- Réfléchir sur les motivations du proche et du médecin. "Pareil. Il me semble que cette réflexion a lieu soit avant soit après une situation vécue. Quand la situation est entrain de se dérouler, c'est un peu difficile"	 12
- Prendre du recul. "Take time to reflect on the situation." "dans l'idéal oui, mais facile à dire..."	 11
- Bien identifier et clarifier les différentes influences entrant en jeu dans le conflit des rôles de proche et de médecin. "cette proposition est difficile à lire et à comprendre. Une formulation plus simple serait plus aidante"	 12
- En tant que médecin, se poser la question : en quoi ma relation intrafamiliale interagit avec mon identité professionnelle ? "I would say "conflict" rather than "interact""	 10
- Concernant les attentes des autres membres de ma famille, se poser la question : - Qu'est-ce que ma famille attend de moi en tant que médecin ?	 11
- Comment je me sens face à ses attentes ?	 12

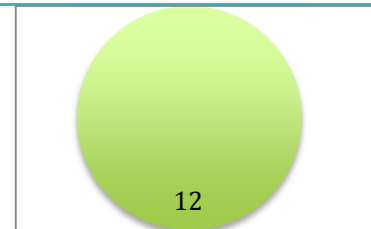
■ Non répondu ■ Pas d'accord ■ D'accord

- Comment je me comporte face à ses demandes ? "these are getting redundant" "On dirait qu'on fait une psychanalyse avec cette série de questions. Est ce qu'il n'y a pas des propositions plus "pratiques""	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Réponse</th> <th>Nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D'accord</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Pas d'accord</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Non répondu</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Réponse	Nombre	D'accord	10	Pas d'accord	2	Non répondu	0
Réponse	Nombre								
D'accord	10								
Pas d'accord	2								
Non répondu	0								
- Quelles seraient les conséquences si j'agissais différemment ?	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Réponse</th> <th>Nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D'accord</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Pas d'accord</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Non répondu</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Réponse	Nombre	D'accord	11	Pas d'accord	1	Non répondu	0
Réponse	Nombre								
D'accord	11								
Pas d'accord	1								
Non répondu	0								
- Concernant les attentes de mes confrères, se poser la question : - Comment je me sens face à leurs sollicitations ? "don't know what you're talking about." "Question peu claire, préciser le contexte, le type de sollicitations des collègues (exemples?). S'agit-il de confrères sollicitant pour eux- mêmes ou au sujet d'un proche?"	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Réponse</th> <th>Nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D'accord</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Pas d'accord</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Non répondu</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Réponse	Nombre	D'accord	10	Pas d'accord	1	Non répondu	1
Réponse	Nombre								
D'accord	10								
Pas d'accord	1								
Non répondu	1								
- Comment je me comporte face à leurs sollicitations ? "I don't understand this one either" "idem"	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Réponse</th> <th>Nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D'accord</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Pas d'accord</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Non répondu</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Réponse	Nombre	D'accord	9	Pas d'accord	2	Non répondu	1
Réponse	Nombre								
D'accord	9								
Pas d'accord	2								
Non répondu	1								
6. Se fixer des limites dans la prise en charge à ne pas dépasser. "But be prepared to readjust your limit" "et les expliquer dès le départ au proche"	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Réponse</th> <th>Nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D'accord</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Pas d'accord</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Non répondu</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Réponse	Nombre	D'accord	12	Pas d'accord	0	Non répondu	0
Réponse	Nombre								
D'accord	12								
Pas d'accord	0								
Non répondu	0								
- Déterminer les limites de son implication concernant la santé de ses proches. "how is this different?" "et les expliquer dès le départ au proche" "je ne vois pas la différence avec la proposition précédente"	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Réponse</th> <th>Nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D'accord</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Pas d'accord</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Non répondu</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	Réponse	Nombre	D'accord	11	Pas d'accord	1	Non répondu	0
Réponse	Nombre								
D'accord	11								
Pas d'accord	1								
Non répondu	0								

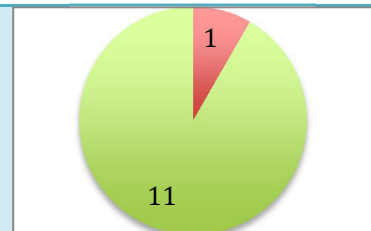
■ Non répondu ■ Pas d'accord ■ D'accord

7. Se préparer à dire non.

"et préparer le proche à l'entendre"

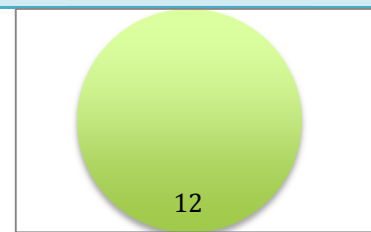


- Expliquer clairement le non et les raisons à son proche de ce refus de prise en charge.



8. Avoir une réflexion sur le rapport bénéfice/risque de la position choisie.

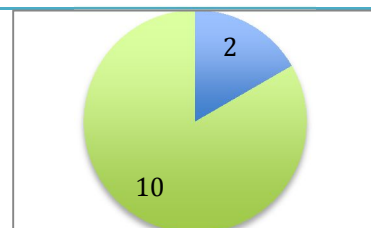
"This is the only comment I completely agree with."
"et renouveler cette réflexion régulièrement"



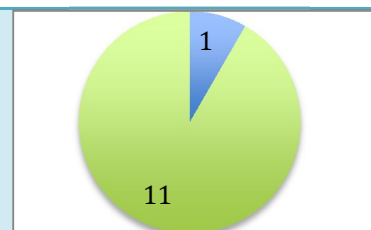
B. LA DEMANDE ETANT FORMULEE PAR LE PROCHE, VOICI LES QUESTIONS A SE POSER QUI ONT ETE PROPOSEES AFIN DE BIEN IDENTIFIER LES DIFFERENTES PROBLEMATIQUES SUSCEPTIBLES DE SE PRESENTER :

1. Suis-je bénéfique ou est-ce que je risque de nuire à mon proche?

"Good grief this survey is the most irritating thing I've ever filled out. I can't imagine anything useful coming out of this bizarre format. I'm sorry but I have to give up here. The way you've structured this is all wrong. "



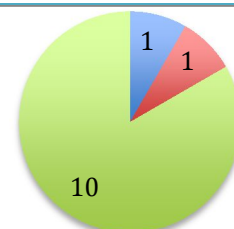
2. Suis-je formé pour traiter le problème médical que présente mon proche ?



■ Non répondu ■ Pas d'accord ■ D'accord

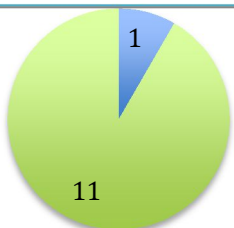
3. Les soins peuvent-ils être réalisés dans de bonnes conditions pratiques et techniques?

"Since above issues prevail (risk of providing any medical care to relatives or friends) this question is moot."

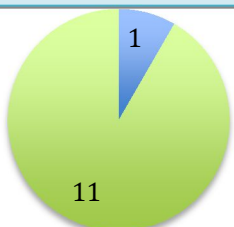


4. Suis-je trop proche de mon proche pour recueillir son histoire intime et état physique et me charger d'annoncer une mauvaise nouvelle si nécessaire?

"mais difficile de savoir avant d'être face au problème, je pense"

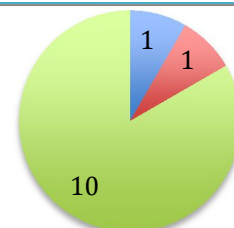


5. Puis-je être suffisamment objectif pour ne pas dispenser trop ou insuffisamment de soins ou alors de manière inappropriée.

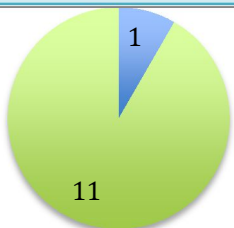


6. Mes proches seront-ils plus compliants aux soins si c'est un autre médecin qui les prodigue?

"compliance très aléatoire, surtout si l'on consulte hors du "cadre médical" habituel"

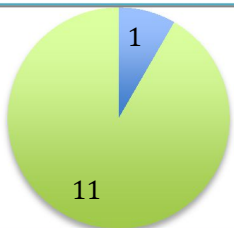


7. Suis-je prêt à être responsable devant mes pairs et la société pour cette prise en charge?



8. Suis-je prêt à faire face aux critiques de mon proche et du reste de la famille ?

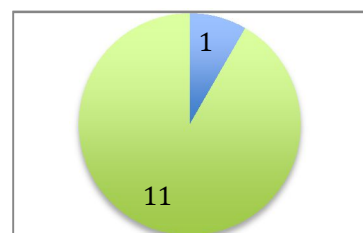
"Face criticism"



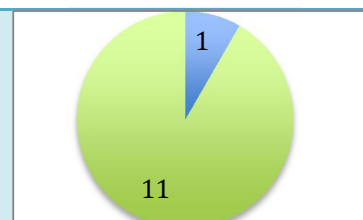
■ Non répondu ■ Pas d'accord ■ D'accord

9. Existe-t-il une autre option ? si oui, ne pas accepter la demande.

"Cette question serait à se poser en premier. S'il existe une autre option et que dans ce cas on décide systématiquement de refuser, toutes les autres propositions ne seraient pas utiles. Elles ne seraient alors utiles uniquement lorsqu'il n'y a pas d'autre option",
"OUI, DONC LE PLUS SOUVENT PAS DE PRISE EN CHARGE DE PROCHES!!!"

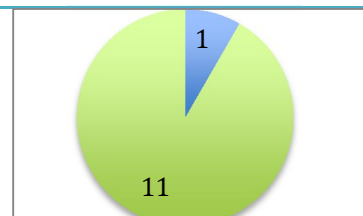


10. La relation de soin est-elle susceptible de compromettre mon bien-être personnel ?



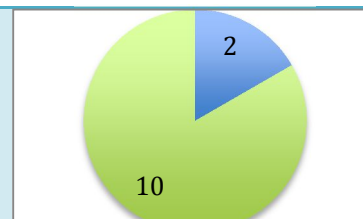
C. QUE FAIRE SI L'ON REPOND POSITIVEMENT A LA DEMANDE?

1. Identifier clairement quelles sont les attentes du proche et les vôtres.

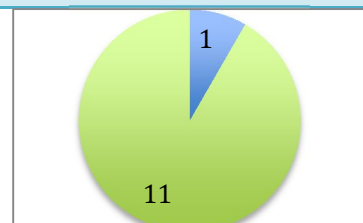


2. Eviter la confusion des 2 rôles (proche et médecin), bien avoir conscience de la double contrainte qui s'exerce sur le médecin-proche.

"Unclear what you mean"



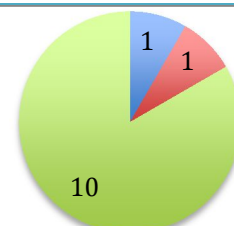
3. Préférer le rôle de conseiller et de défenseur et membre de la famille.



■ Non répondu ■ Pas d'accord ■ D'accord

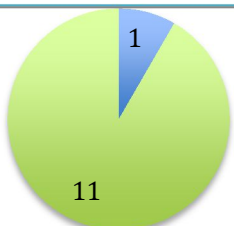
4. Adresser systématiquement à un confrère pour avis extérieur neutre et partage des décisions.

"oui si doute ou enjeu important",
"dans ce cas les autres propositions ne servent à rien!"



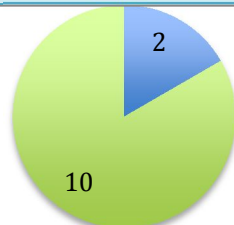
5. Cadrer dès le départ la consultation et exposer au proche les règles de cette prise en charge ainsi que les difficultés et conséquences éventuelles engendrées par celle-ci.

"s'il DOIT y avoir consultation..."



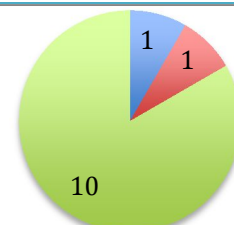
6. Tenir un dossier.

"si consultation au cabinet"



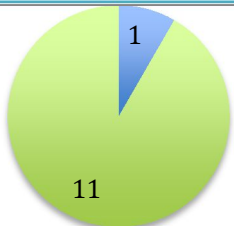
7. Transmettre les éléments de la prise en charge au médecin traitant du proche.

"demander au proche de le faire "



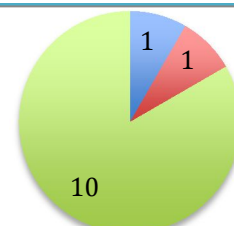
8. Etre vigilant sur la confidentialité notamment au sein de la famille. Garder le secret médical.

"I would say "privacy" instead of "secrecy""
"pas facile"

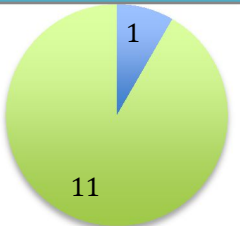
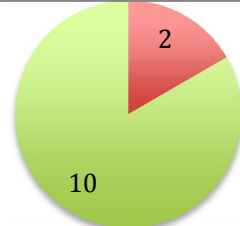
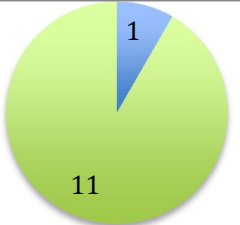
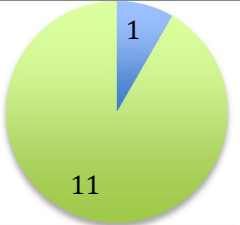


9. Informer sur les bénéfices et les risques.

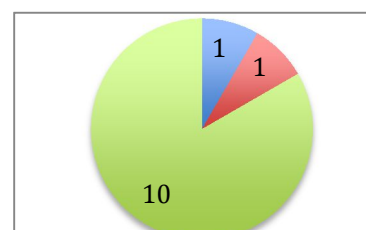
"ça devrait déjà être fait dans la proposition 5"



■ Non répondu ■ Pas d'accord ■ D'accord

10. Garder en tête que l'on est responsable de nos prescriptions.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Réponse</th> <th>Nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D'accord</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Non répondu</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Réponse	Nombre	D'accord	11	Non répondu	1
Réponse	Nombre						
D'accord	11						
Non répondu	1						
11. Garder une ambiance professionnelle lors de la consultation. "dont le lieu (pas sur la terrasse en week end...)"	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Réponse</th> <th>Nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D'accord</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Pas d'accord</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Réponse	Nombre	D'accord	10	Pas d'accord	2
Réponse	Nombre						
D'accord	10						
Pas d'accord	2						
12. Ne pas interférer avec des soins déjà mis en place.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Réponse</th> <th>Nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D'accord</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Non répondu</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Réponse	Nombre	D'accord	11	Non répondu	1
Réponse	Nombre						
D'accord	11						
Non répondu	1						
13. Faire confiance aux confrères.	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Réponse</th> <th>Nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D'accord</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Non répondu</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Réponse	Nombre	D'accord	11	Non répondu	1
Réponse	Nombre						
D'accord	11						
Non répondu	1						

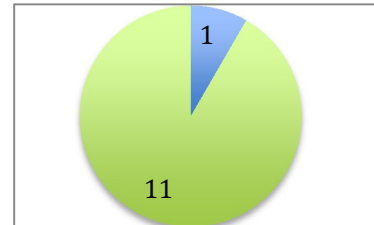
D. PARTICIPER A DES GROUPES BALINT OU GROUPES DE PAIRS.



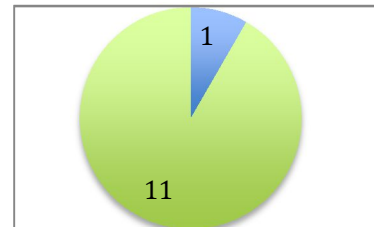
■ Non répondu ■ Pas d'accord ■ D'accord

E. CONNAITRE LES ASPECTS JURIDIQUES DE CETTE SITUATION NOTAMMENT CONCERNANT LES PRESCRIPTIONS INFORMELLES

"Il faudra les donner dans le guide", "précisions?"

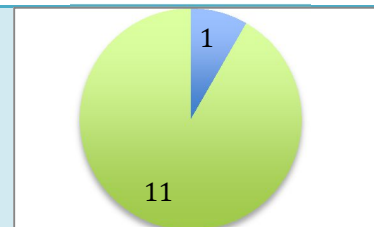


F. AVOIR UN TRAVAIL DE REFLEXION REGULIER

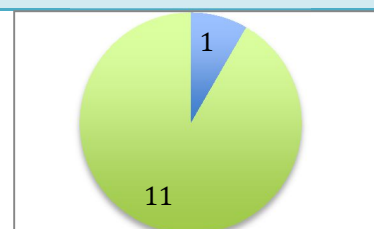


1. Limiter l'intrusion de la relation personnelle dans la relation de soin.

"mais difficile"



2. Réévaluer son attitude par rapport à l'évolution de sa pratique personnelle, de sa relation affective avec les proches et de leur état de santé.



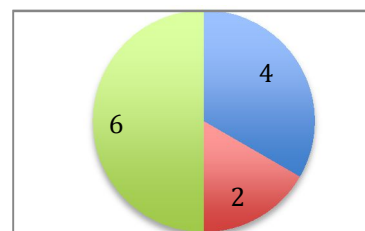
II. Propositions n'ayant pas suscité un accord du groupe au premier questionnaire mais ayant tendance à être jugées comme pertinentes.

A. REFLECHIR AVANT QUE LA SITUATION NE SE PRESENTE :

■ Non répondu ■ A rejeter ■ A garder

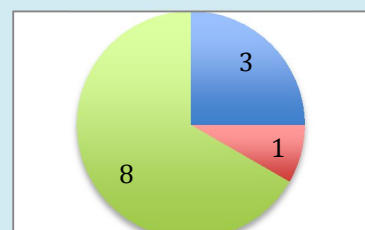
1. Prévenir ses proches qu'on ne les soignera pas.

"It is too broad. It can be rephrased to indicate that the physician won't provide hands on medical care, but can provide advice and advocacy for the relative or friend."
 "I think a more open ended comment would feel better"
 "I am unclear what this means."
 "For some physicians who would treat their relatives, they may not want to keep this, but for me it makes it clear."
 "sauf urgence mais conseiller n'est pas soigner, on peut donner un avis sans soigner"
 "Pour certains le choix peut être fait dès le départ de ne pas répondre à la demande des proches. Ils n'iront donc pas plus loin dans leur démarche"
 "Peut-être nuancer: on peut refuser d'être le médecin traitant et accepter de conseiller, dépanner pendant les vacances..."
 "C'est loin de la réalité pour beaucoup de personnes Je ne connais pas de médecin aussi catégorique avec ses proches Sauf si on entend être médecin traitant par "soigner"... et encore"



2. Conseils, éducation et accompagnement sont des situations dont le niveau de risque est minime en termes d'implication.

"This is very unclear and can't be answered. "
 "We are, after all, informed, knowledgeable family members. I feel this is completely appropriate and reasonable."
 "Notre discours doit rester cohérent avec la prise en charge de nos confrères"
 "dans la mesure où les limites sont claires des 2 cotés, dès le départ"
 "À modifier Éducation et accompagnement ok Conseils c'est trop vague.. sur un tt? Une PEC? Une indication à consulter? Le niveau de risque dépend du type de conseil"



■ Non répondu ■ A rejeter ■ A garder

3. Suggérer que le patient n'a pas besoin de voir un médecin, renouveler une ordonnance ponctuellement et suggérer des médicaments sans prescription sont des situations dont le niveau de risque est modéré en terme d'implication.

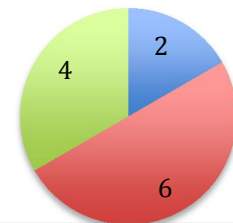
"These need to be split up. OTC drugs and advice about seeing a physician are acceptable, but refilling a prescription is at a different level or practice and risk."

"Too little information to know. "

"Modéré est un peu faible. Il faut garder conscience que c'est risqué."

"suggestions que l'on ne ferait pas sans consultation pour un patient "ordinaire"..."

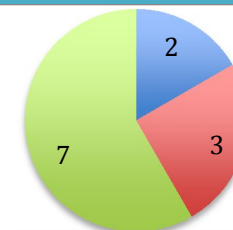
"Chaque situation est bien trop particulière pour généraliser sous le terme "risque modéré"



**4. En tant que proche, se poser la question :
- Quels sont mes rôles au sein de la famille?**

"I wouldn't be able to answer this myself"

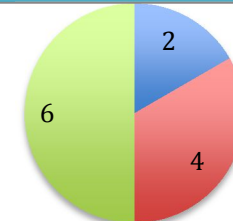
"Plus de participé, moins de prise de tête"



**5. En tant que proche, se poser la question :
- Quelles en sont les composantes de mon rôle au sein de la famille auxquelles je tiens le plus ?**

"I don't really understand this question"

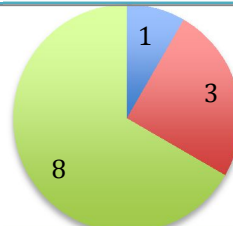
"This is unclear as well."



**6. En tant que proche, se poser la question :
- En quoi mes connaissances médicales changent-elles mon rôle au sein de la famille ?**

"Kinda unanswerable and fairly irrelevant to the issue at hand"

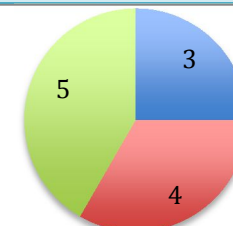
"This seems obvious to me."



**7. Concernant les attentes de mes confrères, se poser la question :
- Comment sollicitent-ils mon implication ?**

"I don't think this has much relevance."

"I don't understand the question"



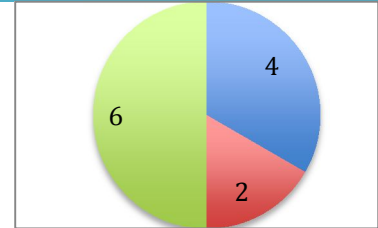
■ Non répondu ■ A rejeter ■ A garder

8. Concernant les attentes de mes confrères, se poser la question :

- Quelles seraient les conséquences si j'agissais autrement ?

"What?"

"Unclear-behaving differently from what?"



9. Définir des problèmes mineurs que l'on acceptera de traiter.

"Any medical care (except OTC) poses risk."

"Colds, ear infections, simple injuries"

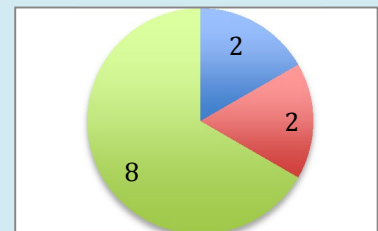
"Should never be a hard and fast rule. Depends on circumstances."

"

"mais il est difficile de juger formellement du caractère mineur d'un pb sans consultation... Il est donc indispensable de prévenir les proches en amont du fait que l'on peut se désengager d'une prise en charge si les problèmes ne s'avèrent pas mineurs comme prévu, pour éviter que ce ne soit ressenti comme une trahison..."

"Tout en se posant quand même à chaque fois les questions précédentes "

"Devient vite compliqué"



10. Préserver un espace personnel privé libre de toute sollicitation d'ordre médical.

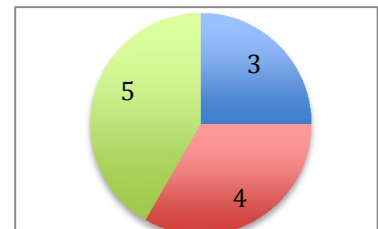
"I don't see much relevance in this question."

"too confusing a question"

"Unclear what you mean."

"Impossible"

"utopique"



11. Etre capable de cloisonner les aspects professionnels et personnels (= ne plus être médecin dans sa vie de famille avec ses parents et vice versa, ne plus être fils ou fille quand on soigne ses parents).

"Doesn't address the problem offered"

"On l'est toujours un peu..."

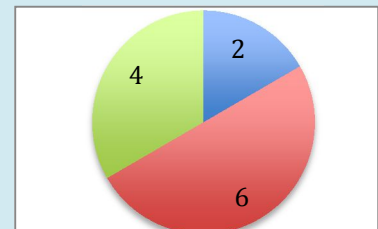
"essayer de le faire au maximum"

"Comprends pas"

"Impossible"

"possible?"

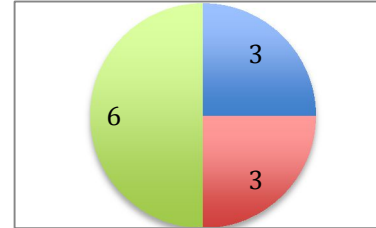
"mais passer la main rapidement si on n'arrive pas à cloisonner."



■ Non répondu ■ A rejeter ■ A garder

12. Ne pas prendre de décision concernant la santé de ses proches.

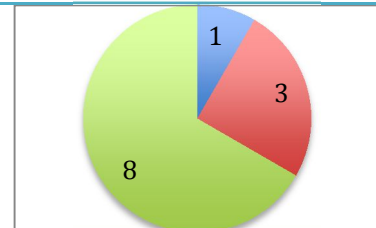
"Garder un esprit critique"
 "On prend forcément des décisions ..."
 "conseil oui, décision non"
 "Impossible"
 "Trop vague"
 "Ou en prendre en tant que proche et non en tant que médecin "



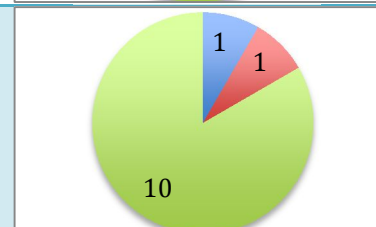
B. LA DEMANDE ETANT FORMULEE PAR LE PROCHE, VOICI LES QUESTIONS A SE POSER QUI ONT ETE PROPOSEES AFIN DE BIEN IDENTIFIER LES DIFFERENTES PROBLEMATIQUES SUSCEPTIBLES DE SE PRESENTER :

1. Suis-je suffisamment en confiance pour gérer cette demande ?

"One can be confident but still not appropriate in these situations."
 "ne gérer que les demandes urgentes ou sans possibilité alternative"

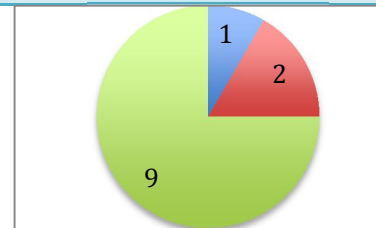


2. Mon implication sur le plan médical est-elle susceptible de provoquer ou d'aggraver des conflits intra-familiaux ?



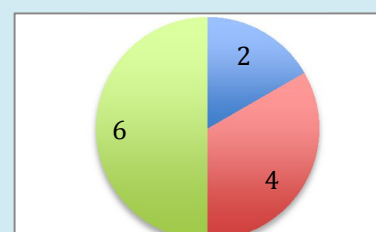
3. Le fait d'accepter les soins risque-t-il de modifier mon identité familiale ?

"It will."



4. Vais-je accepter que le médecin à qui j'ai adressé mes proches s'occupe d'eux ?

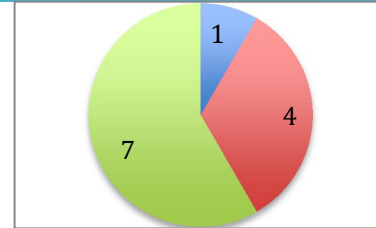
"very strange question"
 "What do you mean, allow? It is between the patient and the other doctor. "
 "la question ne doit pas se poser"
 "Me semble très important"
 "Si je l'adresse à un médecin , moi-même, il semble évident que j'accepte déjà qu'il le prendra en charge"



■ Non répondu ■ A rejeter ■ A garder

5. Que pourrais-je faire devant cette demande si je n'avais pas de diplôme de médecine ? en cas de nécessité d'une licence médicale pour répondre à la demande, faire preuve de prudence.

"Redundant"

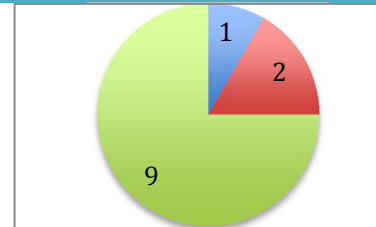


C. QUE FAIRE SI L'ON REpond POSITIVEMENT A LA DEMANDE?

Assurer la même prise en charge que pour tout autre patient :

"too broad"

"You can't provide exactly the same care as you are more emotionally involved. "

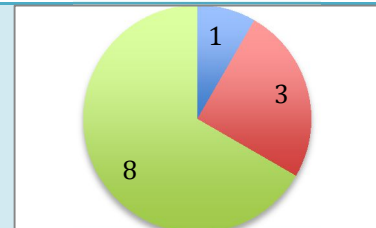


- Réaliser un interrogatoire, un examen clinique et un suivi.

"Once the decision to treat as a patient, all are required."

"Too broad"

"Depends entirely on the problem. Checking ears is different than doing gym care."

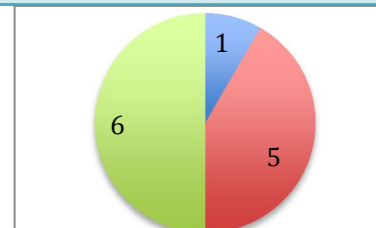


- Laisser une autonomie au proche dans la décision de soin.

"See above" ("Once the decision...")

"unclear what this means in English"

"pas plus qu'à tout autre patient"



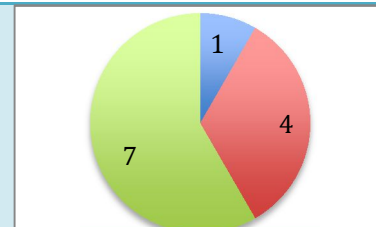
- Maintenir la distance nécessaire pour garder son objectivité.

"See above" ("Once the decision...")

"Keep an appropriate distance to maintain your objectivity"

"Impossible"

"mais comment?"

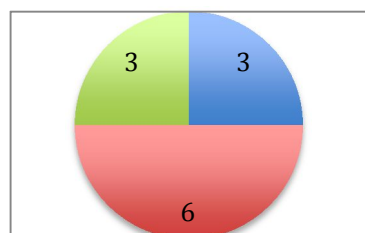


III. Propositions ayant suscité des avis très hétérogènes sans tendance perceptible.

■ Non répondu ■ A rejeter ■ A garder

1. Donner une fiche d'information au préalable aux proches sur les implications de leur demande.

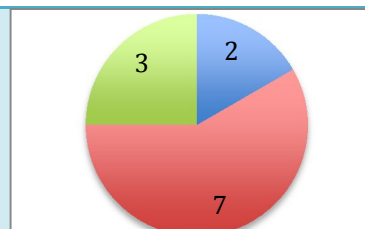
"Better to just discuss it"
 "le dialogue pas de papier !"
 "Les proches ne comprennent pas"
 "une fiche générique semble peu concevable (cas/cas)"
 "Je trouve que c'est une bonne idée Mais je pense que ce serait très bizarre, je me vois mal faire ça dans la vraie vie."



2. En tant que médecin, se poser la question :

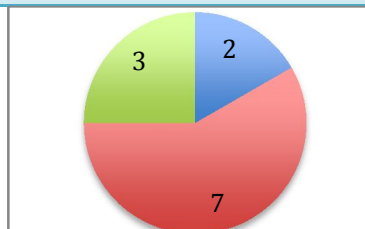
- Quels sont les aspects de mon identité professionnelle auxquels je tiens ?

"Pas clair"
 "C'est à dire?"



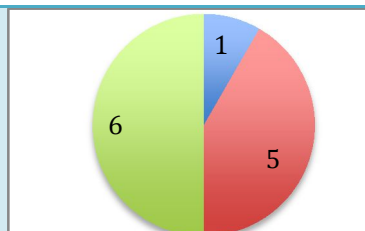
3. Ne pas faire ce qui nécessite un diplôme de médecine.

"Too black and white"
 "Consider not doing anything that requires a medical degree"
 "Impossible"
 "Je vaccine mes proches sans problème."



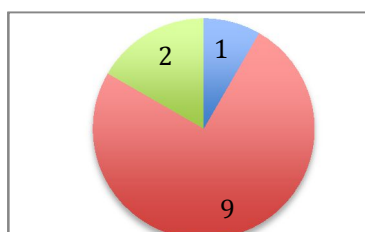
4. Avoir des réponses types en cas de refus à la demande.

"équivalent à se préparer",
 "(cas/cas)"

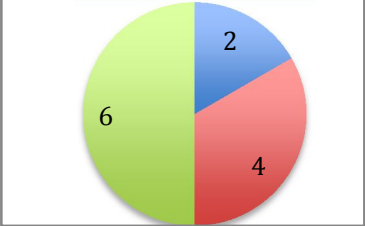
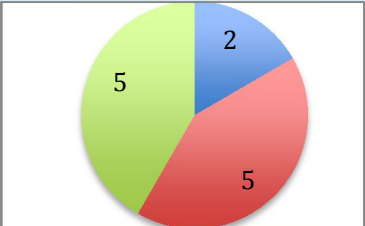
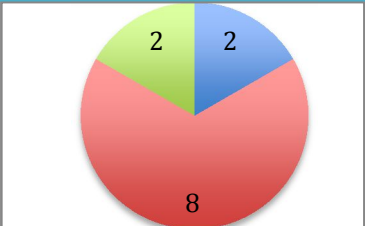


5. Ne pas prendre en charge ses parents ou ses proches.

"Too broad of a question."
 "There are minor exceptions..."
 "sauf urgence ou absence d'option"
 "trop catégorique"
 "Pourquoi préciser ses parents? Le but est d'aider les internes/médecins dans ces situations, pas de les interdire, non?"
 "Impossible"





6. Avoir une relation empathique et non sympathique. "Irrelevant to the issue." "Impossible de changer sa relation pour un instant" "mais comment?"	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A garder</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>A rejeter</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Non répondu</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie	Nombre	A garder	6	A rejeter	4	Non répondu	2
Catégorie	Nombre								
A garder	6								
A rejeter	4								
Non répondu	2								
7. Réaliser la consultation au cabinet. "Too ill defined." "Not relevant here" "si on souhaite être médecin traitant" "Dans l'idéal...mais c'est rarement une vraie consultation donc rarement le cas C'est possible dans des cas bien particuliers" "Oui pour mettre un cadre mais pas toujours fait pour des raisons parfois de confort."	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A garder</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>A rejeter</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Non répondu</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie	Nombre	A garder	5	A rejeter	5	Non répondu	2
Catégorie	Nombre								
A garder	5								
A rejeter	5								
Non répondu	2								
8. Faire payer la consultation. "Irrelevant to the issue." "Si consultation au cabinet" "Ça change rien de la faire payer ou non" "à ses amis au cabinet oui à sa famille à la maison??"	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Catégorie</th> <th>Nombre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A garder</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>A rejeter</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Non répondu</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Catégorie	Nombre	A garder	2	A rejeter	8	Non répondu	2
Catégorie	Nombre								
A garder	2								
A rejeter	8								
Non répondu	2								

La plupart des propositions qui avaient été considérées comme pertinentes lors du premier questionnaire ont été validées lors du deuxième questionnaire. Seule une proposition de ce groupe a été considérée non validée car les réponses rendues étaient hétérogènes (avec tout de même une tendance vers la pertinence : « *comment je me comporte face aux sollicitations de mes confrères ?* » a reçu 2 avis négatifs et une non-réponse).

Concernant les deux autres catégories de propositions, l'hétérogénéité des réponses s'est maintenue. Cependant, pour certaines d'entre elles, une tendance vers la non pertinence qui n'existait pas au premier questionnaire est apparue lors du second.

Au total, 50 items ont été considérés comme pertinents par le groupe, 29 items ont reçu des avis hétérogènes dont 18 avec une tendance vers la pertinence, 4 sans tendance perceptible et 7 avec une tendance vers la non pertinence.

Aucune proposition n'a été jugée de façon consensuelle comme non-pertinente.

Commentaires

Une quinzaine de propositions ont suscité de nombreux commentaires. La majorité des propositions concernées avaient reçu des réponses hétérogènes.

Pour une même proposition, certains commentaires pouvaient être très divergents (*« la question ne doit pas se poser »/ « me semble très important »*).

Certaines notions revenaient souvent dans ces commentaires. Les propositions étaient considérées comme trop catégoriques ou pas assez détaillées. Elles pouvaient également être jugées très importantes ou au contraire très peu en fonction du contexte (*« conseil, éducation et accompagnement sont des situations dont le niveau de risque est minime en terme d'implication »*). Certaines propositions semblaient à certains difficilement applicables en pratique quotidienne, même si le bien fondée de l'idée n'était pas remis en question (*« Avoir une relation empathique et non sympathique »*).

De manière générale, il était rappelé par les experts que la situation évolue constamment et nécessite une réévaluation régulière de sa pratique.

Troisième tour

Nous avons envoyé l'analyse des résultats obtenus au deuxième tour le 25/10/2015 sous la forme de la base pédagogique et de l'outil visuel décrits dans la partie matériel et méthode. Les experts avaient la possibilité de commenter ces deux travaux par retour de mail mais ne l'ont pas fait.

DISCUSSION

Concernant la méthode

Le choix d'une méthode de consensus était adapté à notre question de recherche. Parmi ces méthodes, celle du Delphi® nous a semblé la plus appropriée. D'une part, parce qu'elle est simple à mettre en place et ne nécessite pas la présence physique des personnes interrogées. Ce qui nous a permis de communiquer avec des experts géographiquement éloignés. D'autre part, c'est une méthode anonyme qui permet d'éviter toute domination par le nombre ou par une forte personnalité. Ainsi, chacun peut partager son opinion sans craindre l'avis ou le jugement des autres.

Dans le processus de Delphi®, il est difficile de déterminer qui est expert et qui ne l'est pas. Les limites sont floues et sont donc à établir par les analystes. Nous aurions pu estimer qu'en étant régulièrement confronté à ce problème n'importe quel médecin pourrait être expert sur ce sujet. Dans le cadre de notre question de recherche, il nous a été conseillé de considérer comme experts les médecins ayant lu, travaillé et écrit sur ce sujet. Au final, nous avons obtenu une population d'expert assez variée avec une parité sexuelle respectée, certains exerçant en libéral, d'autres en milieu hospitalier, certains étant universitaires impliqués dans l'enseignement et d'autres non. Il est intéressant de constater que, malgré cette diversité, beaucoup d'opinions convergent. Nous avons obtenu peu de données concernant la spécialité exercée ce qui est dommage. Une prochaine étude pourrait être réalisée selon cette même méthode en interrogeant des médecins et chirurgiens de diverses spécialités n'ayant jamais publié sur le sujet. Ceci permettrait de comparer les résultats à ceux de notre étude afin de confirmer et/ou d'infirmer certains items.

Dans la construction de notre questionnaire, nous avons choisi de faire une liste exhaustive de tous les items proposés dans la littérature et de les faire valider par les experts selon qu'ils les jugent pertinents ou non dans l'aide à la réflexion et à la prise de décision sur le sujet. Ceci correspondait le mieux à notre problématique.

Cependant, il existait d'autres manières de réaliser ce questionnaire.

Il aurait été possible, par exemple, de demander à chaque participant de citer dix conseils ou questions à se poser, les plus importants selon lui, à prendre en compte avant de répondre à une demande d'un proche. Et ensuite, de confronter et de discuter les items proposés par chacun pour ne garder que ceux jugés les plus pertinents par le groupe. Mais les propositions retenues auraient probablement été trop variées pour être exploitables. En effet, nous avons remarqué que chaque personne est plus ou moins sensible à certaines propositions en fonction de son vécu, de sa pratique et de ses relations avec ses proches. Chacun aura donc tendance à mettre plus en avant certaines propositions par rapport à d'autres.

Présenter une liste d'items en demandant aux experts de ne sélectionner que ceux jugés les plus pertinents ou classer les items du plus pertinent au moins pertinent pour ne garder que les plus intéressants pouvaient également se discuter.

Ce sont d'autres manières possibles de réaliser l'outil d'aide que nous voulions faire. Cela nous aurait peut-être permis d'être plus concises.

En effet, la construction de ce questionnaire nous a posé quelques problèmes de clarté et de lisibilité. Après lecture de notre bibliographie, nous avons retenu 79 items, ce qui est un nombre important. Pour rendre plus lisible notre questionnaire et ainsi améliorer l'adhésion des participants, nous avons organisé ces items en différentes catégories selon leur sens et les situations dans lesquelles ils nous semblaient les plus adaptés (*annexe 2*). Il nous a été reproché d'avoir réalisé ce plan et cette catégorisation selon nos

critères sans utiliser de méthode scientifique approuvée et sans concerter l'avis des experts.

Mais, même si nous les trouvions redondants, nous ne pouvions pas supprimer certains items car nous aurions pris la liberté d'écarter ces propositions selon notre propre opinion, ce qui aurait également posé un problème méthodologique.

Finalement, malgré ce plan de lecture, seuls 13 experts ont répondu sur les 26 interrogés. Il s'agit d'un faible nombre de réponses. La longueur du questionnaire et son caractère un peu fastidieux peuvent expliquer certains abandons même si la durée de réponse était estimée à 20 minutes maximum. Une autre explication possible est le délai de réalisation du premier questionnaire. Il s'est écoulé environ 2 mois entre la première sollicitation des experts par email pour recueillir leur accord de participer et l'envoi du questionnaire.

Pour le premier questionnaire, nous avons choisi une échelle de jugement des propositions de façon arbitraire.

Les échelles utilisées dans les articles utilisant la méthode Delphi® sont souvent différentes et spécifiques au sujet à chaque fois. Nous avons demandé aux experts de noter les propositions de 0 à 3 (non pertinente, peu pertinente, moyennement pertinente, très pertinente). Lors de l'analyse des résultats, il nous est apparu qu'une échelle plus étendue (1 à 10 par exemple) nous aurait peut-être permis une analyse plus fine. En revanche, nous ne sommes pas convaincues que l'utilisation d'une telle échelle aurait fondamentalement changé les résultats finaux. Les cotations auraient simplement été plus dispersées et moins simples à analyser sans que cela modifie la tendance générale.

Par ailleurs, plusieurs experts nous ont fait remarquer qu'ils ne trouvaient pas tout à fait adapté à la question l'emploi du mot « pertinence » pour notre échelle. Ils auraient

préférez que nous cherchions l'accord de l'expert avec la proposition plutôt que son avis sur la pertinence de la proposition. Effectivement, notre formulation pouvait prêter à confusion et poser problème dans la compréhension de certaines questions. Nous avons donc pris en compte ces commentaires dans le second questionnaire et choisi une échelle de notation binaire (accord/désaccord, garder la proposition/la rejeter).

Concernant la barrière de la langue, nous n'avons pas été confrontées à des difficultés trop importantes. Nous avons pu faire relire notre premier questionnaire par un professeur d'anglais médical et de nombreux articles d'où étaient tirées nos propositions étaient écrits en anglais. Ceci ne constitue pas un réel « Back-to-back », mais nous a permis de limiter les ambiguïtés et les erreurs de traduction. Les rares fois où nous avons reçu des commentaires sur la traduction, les propositions étaient tirées de textes anglais. Après leur relecture, nous n'avons pas constaté que l'extraction de ces propositions de leurs articles d'origine et leur réintégration dans notre questionnaire aient posé un problème de sens et de compréhension.

Enfin, nous n'avons réalisé que deux tours de questionnaire alors que la plupart des Delphi® classiques se déroulent sur au moins trois tours (notre troisième tour n'étant qu'un tour d'exposition des résultats). En effet, concernant les propositions pour lesquelles le groupe avait trouvé un accord, cet accord se confirmait au deuxième tour et la proposition était maintenue comme pertinente. En revanche, lorsque le groupe était en désaccord sur la pertinence d'une proposition pendant le premier questionnaire, ce désaccord avait tendance à s'amplifier dans le second questionnaire sans que les commentaires apportés permettent vraiment de modifier la proposition. Il nous a semblé que la réalisation d'un troisième tour n'était pas utile car il ne nous aurait pas permis d'aller plus loin dans notre problématique et aurait pu être redondant.

De nombreux experts nous avaient prévenues au début de ce travail de la difficulté de trouver un consensus sur un tel sujet.

Concernant les résultats

Parmi les soixante-dix-neuf items, cinquante ont été validés de façon consensuelle. Malgré un groupe d'expert tendant vers la variabilité maximale, ces items ont suscité peu de commentaires et les avis les concernant étaient convergents. Ceci peut s'expliquer par le fait que certaines de ces propositions, notamment celles extraites des articles de *La Puma et al.*, avaient déjà été citées et utilisées à plusieurs reprises dans différents articles:

« Am I trained to meet my relatives' medical needs ? » / « Suis-je formé pour gérer le problème médical de mon proche ? ».

« Am I too close to probe my relatives' intimate history and physical being and cope with bearing bad news if need be ? » / « Suis-je trop proche de lui pour recueillir son histoire personnelle et son état physique et être porteur de mauvaises nouvelles si nécessaire ? ».

« Can I be objective enough to not give too much, too little or inappropriate care ? » / « Puis-je être suffisamment objectif pour ne pas donner trop ou insuffisamment de soins ou bien des soins inappropriés ? ».

« Is medical involvement likely to provoke or intensify intra-familial conflicts? » / « Mon implication médicale risque-t-elle de provoquer ou d'intensifier des conflits intra-familiaux ? ».

« Will my relatives comply more readily with medical care delivered by an unrelated physician? » / « Mes proches seront-ils plus compliants aux soins si c'est un médecin non-proche qui les prodigue ? ».

« Will I allow the physician to whom I refer my relative to attend him or her? » / « Vais-je permettre au médecin à qui j'adresse mon proche de s'occuper de lui ? ».

« Am I willing to be accountable to my peers and the public for this care? » / « Suis-je prêt à être responsable devant mes pairs et la société pour ces soins ? ».

Ces propositions sont donc déjà bien connues et « acceptées » comme pertinentes par les experts (3,7,16,18,20,22–26). Le consensus obtenu pour ces items semble donc être de bonne qualité.

Les 29 items restants ne peuvent pas pour autant être éliminés car ils n'ont pas été rejetés de façon consensuelle par le groupe. Ils ont souvent été le fruit de nombreux commentaires. Pour un certain nombre de ces items, les avis ont été très divergents.

Plusieurs arguments peuvent expliquer cette absence de consensus voire cette différence franche d'opinion entre les experts.

Premièrement, comme le font remarquer différents articles (3,10,11,14,16,27,28), chaque médecin et donc chaque expert réagit différemment aux demandes de soins de ses proches en fonction de son vécu, de son expérience, de sa pratique, des relations qu'il entretient avec ses proches, du type de demande...Il ne sera donc pas sensible de la même manière que son confrère vis-à-vis de certaines propositions. L'avis d'un expert devient finalement un avis personnel et donc subjectif. Un commentaire à la proposition *« Prévenir ses proches qu'on ne les soignera pas. »* évoque ces différentes attitudes possibles et illustre bien que la décision, quelle qu'elle soit, reste avant tout personnelle : *« For some physicians who would treat their relatives, they may not want to keep this, but for me it makes clear »*². De même, pour l'item *« Ne pas prendre de décision concernant la santé de ses proches »*, les commentaires des experts ont été variés : *« Ou en prendre*

² *« Certains médecins qui traiteraient leurs proches ne voudraient peut-être pas la garder, mais pour moi ça rend les choses claires »*

en tant que proche et non en tant que médecin » (conserver l'item) en référence aux décisions, « *On prend forcément des décisions...* » (ne pas conserver cet item), « *Conseil oui, décision, non* » (conserver l'item). Ces exemples illustrent bien la singularité de chaque médecin face à une même situation.

Deuxièmement, le terme de demande de soin est très vaste. Les situations concernant ces demandes peuvent être très variées avec des degrés d'implication et de risque différents pour chacune. La formulation de certaines propositions ne se prêtait donc pas à la diversité de ces situations.

Ce problème est illustré notamment par les commentaires concernant cette proposition : « **Définir des problèmes mineurs que l'on acceptera de traiter.** ». Un des participants souligne qu'il est difficile de juger du caractère mineur d'un problème sans consultation et qu'il est donc possible de finir par se désengager après consultation. Un autre dit que n'importe quel soin d'ordre médical comporte un risque et donc implicitement, qu'il n'existe pas de problème mineur. Enfin, un troisième considère que ce ne doit jamais être une règle stricte et immuable, que tout dépend des circonstances. Dans cette proposition, peut-être que le terme de « problème mineur » doit faire réfléchir sur ce que nous considérons, à titre personnel, comme mineur. Peut-être peut-on considérer comme mineur un problème dont la prise en charge nous engage peu sur le plan affectif ou bien un problème dont l'issue favorable est prévisible ? (14-16,26)

Troisièmement, toutes les propositions exposées ne peuvent pas s'appliquer dans une situation générique de demande de soin, mais seulement dans certaines situations spécifiques. Ce sont en effet des propositions extraites d'articles différents et sorties de leur contexte. De ce fait, elles peuvent parfois sembler trop catégoriques ou trop peu définies. Reprenons comme exemple la proposition « **Prévenir ses proches qu'on ne les soignera pas.** ». Cinq participants ont suggéré de la reformuler de façon plus ouverte ou

plus nuancée. La notion de soin dans cet item n'était pas clairement définie et donc pour certains, soigner était synonyme de prise en charge et de médecin traitant (« *Sauf urgence mais conseiller n'est pas soigner, on peut donner un avis sans soigner* », « *Peut-être nuancer : on peut refuser d'être le médecin traitant et accepter de conseiller, dépanner pendant les vacances...* », « *It is too broad. It can be rephrased to indicate that the physician won't provide hands on medical care, but can provide advice and advocacy for the relative or friend.* »³). Ensuite, certains ont estimé que cela ne reflète pas la réalité de leur pratique et qu'il est difficile d'avoir une position aussi catégorique avec ses proches (« *c'est loin de la réalité pour beaucoup de personnes, je ne connais pas de médecin traitant aussi catégorique avec ses proches, sauf si on entend être par médecin traitant par « soigner »* »).

De manière similaire, « **Conseils, éducation et accompagnement sont des situations dont le niveau de risque est minime** » a semblé trop vague. En effet, le terme de conseils a été considéré comme trop flou par un participant qui a souligné le fait que le niveau de risque peut dépendre du type de conseil. Certains conseils, sur des traitements notamment, peuvent être à haut risque.

Cette notion de risque relatif à chaque médecin et chaque situation se retrouve dans les commentaires d'un des autres items: « **Suggérer que le patient n'a pas besoin de voir un médecin, renouveler une ordonnance ponctuellement et suggérer des médicaments sans prescription sont des situations dont le niveau de risque est modéré** ». Pour cette proposition, un des auteurs écrit que chaque situation est bien trop particulière pour pouvoir généraliser sous le terme « risque modéré ». Un autre dit « *modéré est un peu faible. Il faut garder conscience que c'est risqué* ». Un

³ « *C'est trop large. Ça pourrait être reformulé pour dire que le médecin ne va pas réaliser des soins physiques mais pourra donner des conseils et être défenseur des intérêts de son proche.* »

dernier commente: « *suggestions que l'on ne ferait pas sans consultation pour un patient « ordinaire »...* ».

Et enfin, même si l'idée générale n'était pas remise en question, les experts ont souvent fait part de la difficulté voire de l'impossibilité à appliquer certains conseils en pratique quotidienne (questionnement trop poussé, conseil impossible à mettre en pratique). Parmi les conseils difficilement applicables, beaucoup concernent le rôle double de médecin et de proche et l'impossibilité de se débarrasser du côté proche quand on est dans son rôle de médecin et du côté médecin quand on est dans son rôle de proche. (**« Préserver un espace personnel privé libre de toute sollicitation d'ordre médical », « Etre capable de cloisonner les aspects professionnels et personnels », « Avoir une relation empathique et non sympathique »**). Pour ces suggestions, la plupart des experts sont donc d'accord sur le principe mais les jugent « *utopique* ».

D'autres conseils ont paru un peu inappropriés comme « **Donner une fiche d'information préalable à ses proches** ». Pour cet item, la plupart des commentaires s'accordent pour privilégier la communication orale sur le sujet avec son proche considérant difficile et « *très bizarre* » la création et la distribution d'une fiche générique explicative à ses proches.

Tout l'intérêt de ces propositions controversées réside dans la réflexion et le débat qu'elles engendrent.

Concernant l'outil

Annexe 6 : base pédagogique

Annexe 7 : organigramme

Nous avons tenté de proposer un outil pédagogique à partir de ce travail. Nous nous sommes orientées vers un outil qui pourrait être utilisé lors de séminaires, en

particulier à destination des internes. En effet, l'internat est un moment clé de la formation des médecins pendant lequel certaines habitudes se prennent concernant la pratique future. C'est donc un moment important pour sensibiliser sur ce sujet (1,4). D'autant plus que les internes semblent plus souvent en difficulté face aux sollicitations de leurs proches (60% dans l'étude de L. Marin Marin) (3) que leurs confrères installés (environ un quart dans les différentes études de B. Abbof, S. Cottereau, V. Bonvalot et J. La Puma) (1,11,12,15).

Cet outil a été réalisé sur la base des propositions validées par les experts et en tenant compte de leurs commentaires. Nous avons pris le parti de ne faire apparaître que les propositions pour lesquelles nous avons obtenu un consensus.

Nous avons d'abord créé une fiche pédagogique pour le responsable du cours. Elle reprend les grandes réflexions à aborder sur le sujet. Le choix de cas cliniques et débats pour animer cette formation est basé sur notre expérience personnelle d'interne en rapport avec le déroulement de nos séminaires. Cette méthode de mise en situation nous a semblé intéressante pour explorer les différents aspects de ces demandes de soin et se rendre compte également qu'il n'existe pas de réponse consensuelle à cette problématique. La base pédagogique que nous proposons n'est pas validée. Pour l'être, il faudrait qu'elle soit soumise à des médecins-enseignants et des internes et testée sur le terrain afin d'être améliorée. Ce qui pourrait faire l'objet d'un prochain travail.

L'organigramme quant à lui, essaie d'apporter une aide au médecin en lui proposant de trouver de manière visuelle et rapide les clés qui lui semblent utiles pour mieux gérer ces demandes. Libre à lui ensuite d'approfondir les détails de chaque catégorie. Il pourrait être un support de la base pédagogique à l'intention des stagiaires pendant ou après la formation sur ce sujet.

Synthèse

La relation médecin-malade est une relation complexe et inégalitaire. Le malade est en demande de soin et manifeste sa fragilité à l'égard du médecin. Le médecin détient savoir et autorité, même si la pratique actuelle s'éloigne du paternalisme. **Cette relation peut être déstabilisée par la force du lien affectif** (9). En effet, médecin et patient doivent trouver la bonne distance pour permettre une relation de soin adaptée. Dans la relation proche/médecin, cette distance est plus difficile à trouver (8,14,29). En conséquence, traiter un proche comme tout autre patient n'est pas envisageable.

L'affectivité qui entre en jeu dans la relation entre le médecin et le proche peut **nuire à l'objectivité ou la neutralité** nécessaire au médecin pour fournir une réponse adaptée au problème de son proche (1,2,9,11,18,20,25,26,30,31). En effet, l'empathie (« comprendre la souffrance »), base de la relation médecin-malade, est souvent remplacée par la sympathie (« souffrir avec ») propre à la relation affective (5,8,9,25). Or, pour apporter des soins de qualité à un patient, le raisonnement du médecin doit être clair et le moins perturbé possible par les émotions et les sentiments qu'il ressent vis-à-vis de ce patient. Sinon, l'excès d'anxiété peut conduire à maximiser la prise en charge, en demandant plus d'examens complémentaires que nécessaire notamment. A l'inverse, certains pourraient avoir tendance à minimiser ou à sous-estimer les problèmes de leurs proches (26).

L'affectif peut amener le médecin à des conduites d'évitement, à la fois pour protéger son proche-malade en lui épargnant douleurs et inquiétudes, mais également comme mécanisme de défense, pour se protéger lui-même en tant que proche. Par exemple, il peut être amené à ne pas poser certaines questions relativement intimes, mais nécessaires pour l'évaluation objective de la situation (13). Il peut en aller de même pour les autres étapes d'une prise en charge médicale (26) (examen clinique ciblé sur la

sphère urogénitale, réalisation d'actes douloureux, annonce d'une mauvaise nouvelle...), cela pouvant aller jusqu'au déni d'un diagnostic médical (14,26). Au contraire, la volonté de faire au mieux pour son proche peut l'amener à être trop impliqué ou de façon inappropriée, et nuire aux relations avec ses confrères (shunt du confrère ou implication trop intrusive du médecin-proche) ou le personnel soignant. Le médecin peut alors finir par **s'éloigner du cadre des bonnes pratiques** (3,14,15,31). D'autant plus que le caractère informel de ces demandes, qui surviennent fréquemment au domicile du proche concerné ou lors de rencontres en dehors du cabinet (13,26,32), va rendre les conditions de réalisation des soins très différentes des conditions habituelles (lieu de consultation et matériel disponible, tutoiement, gratuité). Il devient plus difficile d'exercer une médecine « dans les règles de l'art ». Par exemple, savoir où placer la barrière du secret médical peut poser problème. Au sein de la famille ou du cercle amical, certaines informations concernant la santé sont connues. Il paraît donc difficile de taire tout de la santé de son proche mais il est néanmoins nécessaire d'être très attentif à ce qui est transmis à l'entourage (7,33).

D'autre part, la relation médecin-malade étant inégalitaire de nature, elle peut engendrer un **déséquilibre dans la relation existante** avec le proche. Le rapport d'autorité s'inverse par exemple si le médecin est amené à soigner l'un de ses parents ou un aîné (14,15,30). Le demandeur se trouve qui plus est, dans une position de faiblesse et de dépendance vis à vis de son proche médecin. Le problème réside alors dans l'acceptation par les deux parties de ce bouleversement. Si cette inversion d'autorité ou cette position de fragilité n'est pas acceptée, qu'en sera-t-il de la compliance aux conseils et aux traitements notamment ? Les compétences médicales de l'enfant ou du benjamin ne risquent-elles pas d'être remises en question ? Au contraire, l'autorité du médecin

n'est pas discutée si l'on soigne ses enfants (27,28) mais peut prendre une part trop importante dans la relation (34).

Lorsqu'une demande d'ordre médical est formulée par un proche, il s'exerce alors sur le médecin-proche une **double contrainte** :

- La contrainte d'origine familiale ou amicale qui met en jeu à divers degrés le sentiment de responsabilité et d'être redevable envers ses proches, leurs attentes (clairement formulées ou non) et l'histoire familiale commune (11,14,25,35).
- Et la contrainte d'origine professionnelle qui regroupe le sens du devoir, le besoin d'objectivité, l'application des règles de déontologie, la nécessité d'une prise en charge éthiquement acceptable et le fait d'être en accord avec soi-même et ses principes.

Il n'est pas possible de satisfaire à l'une ou à l'autre sans mettre en danger la relation qui lie le médecin à son proche (14). En effet, ce **double rôle** de médecin et de proche rend difficile le refus de la demande car il peut être ressenti par le proche comme un rejet (7,11,14). D'un autre côté, l'acceptation peut être tout aussi difficile de par les responsabilités que le médecin va engager sur le plan familial/amical et professionnel et par le conflit des rôles auquel il va être soumis.

Il a également été remarqué que le fait d'accepter de soigner un proche rend souvent plus difficile un refus ultérieur (32) et peut finir par poser le problème de la limite entre **vie professionnelle et vie privée** sous prétexte d'une disponibilité permanente du médecin-proche par exemple (14).

Face à ces contraintes, on pourrait donc s'attendre à ce que de nombreux médecins se désengagent du soin envers leurs proches. Cependant, il est constaté que la plupart des médecins **acceptent de répondre** à leurs demandes que ce soit de façon occasionnelle ou régulière (1,3,4,7-12,15,20,25). Certains auteurs soulignent le fait qu'il est impossible de se dissocier de ses connaissances, tout comme il est impossible de mettre ses liens

affectifs de côté (11,18,25). Le rôle de médecin persiste en dehors du cabinet. Chaque problème évoqué par un proche est donc analysé avec le spectre de la santé de manière involontaire.

Tous les médecins ne se sentent pas en difficulté face à ces situations (6,29), en particulier celles qui concernent la prise en charge des affections aiguës (9). Les auteurs s'accordent devant l'évidence de la prise en charge par le médecin-proche d'une urgence en l'absence d'autres médecins disponibles ou d'une pathologie mineure dont l'évolution favorable est prévisible (14,15). Il s'agit de situations qui soulèvent peu de questions sur la manière d'agir et laissent donc peu de place au doute.

Mais entre ces situations de prise en charge évidente et les situations où le refus de prise en charge est évident (absence de compétence dans le domaine par exemple), il reste pour le médecin une « zone de gris » (32) où la décision à prendre devrait demander réflexion. Cette « zone de gris » représente la plupart des demandes de soins des proches. Dans ce cas, les motivations qui poussent le médecin à répondre favorablement ou non à ces demandes sont nombreuses et variées (16,28,29,32).

Lorsque le médecin accède à la demande, certains **bénéfices** peuvent être retirés par le proche et par le médecin. La prise en charge d'un proche peut améliorer la relation que le médecin entretient avec lui et renforcer leurs liens (12,18). Elle peut lui procurer de la satisfaction et de la fierté en lui permettant d'apporter une solution à son proche (7,9,25,31,36). Pour le proche, la présence d'un médecin dans son entourage peut être une opportunité. Cela lui permet d'avoir un interprète du langage médical, un relai de sa situation médicale et un guide pour naviguer dans le système de soin (7,12,15,20,25). Trois études ont montré que les proches semblaient majoritairement satisfaits de leur prise en charge par leur médecin-proche (12,29,37).

Quelle que soit la décision prise, il est nécessaire de réfléchir sur ses motivations ainsi que sur celles de ses proches pour avoir une analyse la plus complète possible de cette situation de soin particulière (7,11). A l'instar d'une relation médecin-malade habituelle, il est important d'évaluer la balance bénéfices-risques (22,26), tout en prenant bien en compte les éléments qui vont immanquablement différer. La part de l'affectif doit être analysée par le médecin et intégrée de façon raisonnée dans sa relation de soin avec son proche (11). Si cette intégration raisonnée n'est pas envisageable, il est préférable de passer la main.

La singularité de chaque médecin, de chaque relation et de chaque demande ne permet pas d'établir des règles de conduites strictes (25,38).

Chacun doit se construire **ses propres « règles de conduite »** basées sur sa réflexion personnelle (32) et garder à l'esprit l'importance de réévaluer régulièrement sa position face à chaque situation et face à l'évolution de son expérience, de sa relation affective avec son proche, et de la santé de ce dernier (11). En effet, deux études publiées en 1994 (16) et 2011 (11) ont un résultat commun, les médecins plus âgés traitent plus souvent leurs proches et sont plus à l'aise avec cette situation. Cela ne dépend donc pas d'une évolution de la société car une vingtaine d'années séparent les deux études. Il y a bien une évolution des pratiques d'un même médecin sur la prise en charge de ses proches avec le temps, probablement liée à l'acquisition d'une expérience.

L'important au final est de trouver une réponse qui nous semble acceptable à nous médecin, mais qui soit également acceptable pour notre proche.

« Primum non nocere »

CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : Marion DAUTEL et Julie JEANNE

TITRE : QUELLES PROPOSITIONS DE LA LITTERATURE SONT SUSCEPTIBLES D'AIDER LE MEDECIN A GERER LA DEMANDE DE SOIN DE SON PROCHE ? : ENQUETE AUPRES D'UN GROUPE D'EXPERTS.

Notre travail a permis d'obtenir un consensus sur un certain nombre des solutions proposées par la littérature pour mieux gérer les demandes de soin de nos proches.

Certaines propositions restent sujettes à beaucoup de discussion et de réflexion et n'ont pas fait l'unanimité. Elles n'ont pas été formellement rejetées pour autant. Ceci s'explique en grande partie par le fait que la problématique de ces demandes particulières ne se résoudra jamais de façon unique et consensuelle, les enjeux et les difficultés n'étant pas les mêmes pour chacun d'entre nous. Chaque médecin sera plus sensible que son confrère à certains aspects du problème. Par conséquent, à ses yeux, certaines questions à se poser ou même certaines conduites à tenir seront bien plus importantes que les autres.

Venant tout juste de terminer notre internat, une des propositions sélectionnées par les experts nous a particulièrement marqué : celle de l'intérêt de la formation sur ce sujet durant les études médicales. En effet, très tôt dans notre cursus, nos proches sollicitent nos connaissances médicales sans forcément avoir conscience du malaise que cela peut engendrer chez leur proche-médecin. De même, les deux partis (proches et médecin-proche) n'ont pas toujours conscience des conséquences ultérieures possibles notamment sur la relation pré-existante.

Evoquer ce sujet lors de notre formation et y sensibiliser les étudiants en médecine nous semble important. C'est pourquoi nous avons proposé à partir des résultats que nous avons obtenus, une base pédagogique associée à un outil d'aide à la réflexion comme supports d'une éventuelle formation auprès des internes, par exemple lors de séminaires. Pour être utilisés en pratique, ils nécessiteraient d'être validés de façon externe. Ce qui pourrait faire l'objet d'une prochaine étude.

Quoi qu'il en soit, ce travail a pour but de faire réfléchir le médecin sur cette situation particulière qu'est la demande de soin d'un proche. Une réflexion préalable à ce type de demande permet de mieux la vivre et de donner en connaissance de cause une réponse qui puisse satisfaire à la fois le médecin et son proche.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

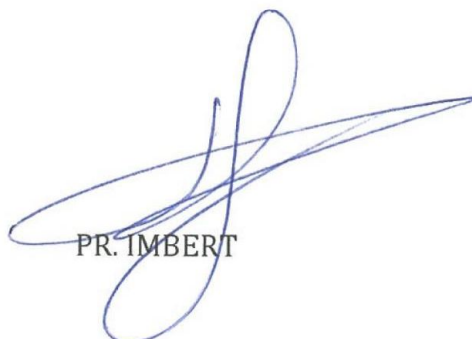
Grenoble le 18/11/2015

LE DOYEN



J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE



PR. IMBERT

BIBLIOGRAPHIE

1. Aboff BM, Collier VU, Farber NJ, Ehrenthal DB. Residents' prescription writing for nonpatients. JAMA. 2002 Jul 17;288(3):381-5.
2. Anah MU, Ansa VO, Udonwa NE. Treatment of relatives by doctors: experience from Calabar, Nigeria. Niger J Clin Pract. 2008 Mar;11(1):41-4.
3. Marin Marin L. "Positionnement des internes en médecine générale face aux problèmes de santé de leur proches : enquête quantitative et qualitative auprès des internes du département de médecine générale de Paris-Diderot." Thèse d'exercice. Thèse de médecine. Paris 7; 2013, 243p.
4. Chen FM, Feudtner C, Rhodes LA, Green LA. Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook. West J Med. 2001 Oct;175(4):236-9; discussion 240.
5. Mailhot M. Caring for our own families. Can Fam Physician Médecin Fam Can. 2002 Mar;48:546-7, 550-2.
6. Christman K. AMA attacks physicians caring for their families. J Am Physician Surg. 2011;16(3):85-7.
7. Nik-Sherina H, NG C-J. Doctors treating family members: A qualitative study among primary care practitioners in a teaching hospital in Malaysia. Asia Pac J Fam Med. 2006;5(2).
8. Castéra F. "Le médecin généraliste, médecin de sa famille? : enquête auprès de 100 médecins généralistes installés en Haute-Garonne sur les soins apportés à leurs proches." Thèse d'exercice. Thèse de médecine. Toulouse; 2005, 94 p.
9. Toumelin S. La prise en charge médicale de la famille du généraliste (conjoint et enfants) Thèse d'exercice. Thèse de médecine. Rennes; 2009, 59p.
10. Dusdieker LB, Murph JR, Murph WE, Dungy CI. Physicians treating their own children. Am J Dis Child 1960. 1993 Feb;147(2):146-9.
11. Cottureau S. "Les médecins généralistes soignent-ils leurs parents? (père et mère) : Réflexions sur les motivations pour ou contre cette pratique au travers d'analyses quantitatives (255 réponses à un questionnaire) et qualitatives (10 entretiens semi-directifs ciblés)" Thèse d'exercice. Thèse de médecine. Angers; 2011, 238p.
12. Bonvalot V. Médecin traitant de sa propre famille. Différences de pratique dans la relation thérapeutique intrafamiliale. Enquête auprès de médecins généralistes du Var. Thèse d'exercice. Thèse de médecine. Aix-Marseille 2; 2009, 121p.
13. Masson L. "Le médecin généraliste face à la demande de soins de ses proches : quelle est la demande ? Comment le médecin y répond-il ? Quels problèmes cela lui pose-t-il ? L'expérience de 47 médecins généralistes installés en ville nouvelle." Thèse d'exercice. Thèse de médecine. Paris 5, Necker; 1996, 114p.

14. Lasserre S. "Soigner ses proches en tant que médecin généraliste." Thèse d'exercice. Thèse de médecine. Lille 2; 2005, 68p.
15. 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 Oct 31;325(18):1290-4.
16. Reagan B, Reagan P, Sinclair A. "Common sense and a thick hide". Physicians providing care to their own family members. *Arch Fam Med*. 1994 Jul;3(7):599-604.
17. Peltz-Aïm J. "Comment les médecins se positionnent-ils vis-à-vis de la maladie de leurs proches? : Enquête qualitative auprès de 22 médecins exerçant en région parisienne." Thèse d'exercice. Thèse de médecine. Paris 7; 2012, 101p.
18. 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. Thèse de médecine. Angers; 2012, 65p.
19. La Puma J. Is There a Doctor in the House?: An Analysis of the Practice of Physicians' Treating Their Own Families. *JAMA*. 1992 Apr 1;267(13):1810.
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*. 2008 Dec 2;149(11):825-31.
21. Beguin M. "Synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin a une demande de soins venant d'un de ses proches." Thèse d'exercice. Thèse de médecine. Grenoble; 2013, 49p.
22. Kerrigan J, Rovelstad S, Kodner IJ, La Puma J, Keune JD. All in the family: how close is too close? The ethics of treating loved ones. *Surgery*. 2011 Mar;149(3):433-7.
23. Krall EJ. Doctors who doctor self, family, and colleagues. *WMJ Off Publ State Med Soc Wis*. 2008 Sep;107(6):279-84.
24. Scarff JR, Lippmann S. When physicians intervene in their relatives' health care. *HEC Forum Interdiscip J Hosp Ethical Leg Issues*. 2012 Jun;24(2):127-37.
25. Vallerend V. Quand le médecin généraliste soigne sa famille: enquête en Basse-Normandie. Thèse d'exercice. Thèse de médecine. Caen; 2009, 157p.
26. Tulsky J., Shuchman M, Snyder L, Carroll. Should doctors treat their relatives? [Internet]. [cited 2014 Sep 21]. Available from: <http://www.acpinternist.org/archives/1999/01/relative.htm>
27. Joffre Berthommé B. "Quels médecins pour les enfants de médecins généralistes? A propos d'une enquête réalisée auprès de 186 médecins généralistes du Rhône." Thèse d'exercice. Thèse de médecine. Lyon 1; 2001, 90p.
28. Bouquet Lautié M-E. "Déterminants de la prise en charge de ses proches, en particulier de ses enfants, par le médecin généraliste. Etude qualitative auprès de

- médecins girondins par focus groupe.” Thèse d’exercice. Thèse de médecine. Bordeaux 2; 2012, 74p.
29. Jean-Lobstein A. “Audit sur le suivi médical des enfants de médecins généralistes.” Thèse d’exercice. Thèse de médecine. Rouen; 2010, 37p.
 30. Jones JW, McCullough LB, Richman BW. The ethics of operating on a family member. *J Vasc Surg.* 2005 Nov;42(5):1033–5.
 31. Mossman D, Farrell H, Gilday E. Should you prescribe medications for family and friends. *Curr Psychiatry.* 2011 Jun;10(6):41–51.
 32. Latessa R, Ray L. Should you treat yourself, family or friends? *Fam Pract Manag.* 2005 Mar;12(3):41–4.
 33. Gray JP. The doctor’s family: some problems and solutions. *J R Coll Gen Pract.* 1982 Feb;32(235):75–9.
 34. McSherry J. Long-distance meddling: do MDs really know what’s best for their children? *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 1988 Sep 1;139(5):420–2.
 35. 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 Jun;18(6):891–6.
 36. La Puma J. What a physician can learn in the role of family member. *Manag Care Langhorne Pa.* 1997 Nov;6(11):85–6.
 37. Madec N. “La prévention au sein de la famille du médecin généraliste. Description à partir d’une enquête menée auprès de 100 conjoints.” Thèse d’exercice. Thèse de médecine. Nantes; 2010, 114p.
 38. Eastwood GL. When relatives and friends ask physicians for medical advice: ethical, legal, and practical considerations. *J Gen Intern Med.* 2009 Dec;24(12):1333–5.
 39. Johnson LJ. Malpractice consult. Should you give informal medical advice? *Med Econ.* 2007 Apr 6;84(7):36.
 40. Kamerow D. Doctors treating their families. *BMJ.* 2014 Jun 26;348(jun26 7):g4281–g4281.
 41. Korenman SG, Bramstedt KA. Your spouse/partner gets a skin infection and needs antibiotics: is it ethical for you to prescribe for them? Yes: it is ethical to treat short-term, minor problems. *West J Med.* 2000 Dec;173(6):364.
 42. Oberheu K, Jones JW, Sade RM. A surgeon operates on his son: wisdom or hubris? *Ann Thorac Surg.* 2007 Sep;84(3):723–8.
 43. Giannini A. “Wearing two hats”: when a physician has a family member admitted to ICU. *Minerva Anesthesiol.* 2012 Jan;78(1):13–4.
 44. Husain MR, Bhutto B. Can physicians treat their own family members? *JPMA J Pak Med Assoc.* 2010 Apr;60(4):331.

ANNEXES

1. Tableau récapitulatif des modalités de contact des experts.

Article ou thèse	Auteur	Moyen de contact	Réponse
Doctors treating family members: A qualitative study among primary care practitioners in a teaching hospital in Malaysia.	H. Nik-Sherina NG Chirk-Jenn	Email direct	Oui
		Via co-auteur	Oui
Caring for our own families	M. Mailhot	Via éditeur	aucune
What a physician can learn in the role of family member	J. La Puma	Via éditeur puis email direct	refus
AMA attacks physicians caring for their families	K. Christman	Via éditeur	Refus
When physicians treat members of their own families. Practices in a community hospital	G. Eastwood	Via éditeur, et email direct	aucune
Treatment of relatives by doctors: experience from Calabar, Nigeria	M. Anah	Via éditeur et email direct	aucune
Doctors who doctor self, family, and colleagues	E. Krall	Via éditeur et email direct	Aucune Adresse invalide
A surgeon operates on his son: wisdom or hubris?	R. Sade	Via éditeur et email direct	Oui
	K. Oberheu	Via co-auteur	Non
	J. Jones	Via co-auteur	Oui
Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook	F. Chen	Via éditeur	Aucune
	C. Feudtner	Et email direct	Adresse invalide
	L. Rhodes		
	L. Green		
Can physicians treat their own family members?	M. Husain B. Bhutto	Via éditeur	Adresse invalide
Should you treat yourself, family or friends?	R. Latessa L. Ray	Via éditeur	Aucune
When physicians treat members of their own families. Practices in a community hospital	J. La Puma	Via éditeur	Adresse papier
	C. Stocking		
	D. La Voie		
	C. Darling		
The doctor's family: some problems and solutions	J. Pereira Gray	Via éditeur, transféré	Impossible
Doctoring doctors and their families	S. Schneck	Via éditeur	Refus
Your spouse/partner gets a skin infection and needs antibiotics: is it ethical for you to prescribe for them? No: such treatment rarely	B. Kubak	Email direct	Adresse invalide
	S. Korenman		
	K. Bramstedt	Email direct	Adresse invalide

leads to comprehensive care			
"Wearing two hats": when a physician has a family member admitted to ICU	A. Giannini	Email direct	Non
Residents' prescription writing for nonpatients	B. Aboff V. Collier D. Ehrenthal N. Farber	Via éditeur et email direct via co-auteur	Refus Adresse invalide impossible
'Common sense and a thick hide'. Physicians providing care to their own family members	B. Reagan P. Reagan A. Sinclair	Via éditeur puis email direct Via co-auteur Via co-auteur + contact J. Walker	Oui Oui Oui Oui
Long-distance meddling: do MDs really know what's best for their children?	J. McSherry	Via éditeur	impossible
When physicians intervene in their relatives' health care	J. Scarff S. Lippmann	Via éditeur et email direct	Refus Adresse invalide
Should you prescribe medications for family and friends	D. Mossman H. Farrell E. Gilday	Via éditeur Et email direct	Transféré Aucune
What do you do when your loved one is ill? The line between physician and family member	E. Fromme N. Farber S. Babbott M. Pickett B. Beasley	Email direct Via co-auteur Via co-auteur Via co-auteur Via co-auteur	Oui Oui Oui Non Oui
All in the family: how close is too close? The ethics of treating loved ones	J. Kerrigan S. Rovelstad I. Kodner J. La Puma J. Keune	Via journal Via co-auteur Email direct Via co-auteur Via co-auteur	Aucune Impossible Non Impossible Oui
Physicians treating their own spouses: relationship of physicians to their own family's health care	P. Boiko S. Schuman P. Rust	Via journal	Impossible
The ethics of operating on a family member	J. Jones L. McCullough B. Richman	Via co-auteur d'un autre article Via co-auteur Via co-auteur	Oui Impossible Impossible
Malpractice consult. Should you give informal medical advice?	L. Johnson	Avocat non contacté	
Physicians treating their own children	L. Dusdieker J. Murph W. Murph C. Dungy	Via éditeur	= JAMA refus
Is There a Doctor in the House?: An Analysis of the Practice of Physicians' Treating Their Own Families	J. La Puma E. Rush Priest	Email direct	Refus

Doctors treating their families	D. Kamerow	Email direct	Oui
Le médecin généraliste face à la demande de soins de ses proches	L. Masson	Téléphonique	Non joignable
Quand le médecin généraliste soigne sa famille	V. Vallerend	Téléphonique puis mail	Réponse en attente, oui en théorie
Soigner ses proches en tant que médecin généraliste	S. Cornec-Lasserre	Téléphonique puis mail	Oui
Le médecin généraliste, médecin de sa famille ?	F. Castéra	Téléphonique puis mail	Réponse en attente, oui en théorie
Médecin traitant de sa propre famille	V. Bonvalot	Téléphonique	Non joignable
Les médecins généralistes soignent-ils leurs parents ?	S. Cottureau	Téléphonique puis mail	Oui
Quels médecins pour les enfants de médecins généralistes ?	B. Berthommé	Téléphonique puis mail	Oui
La prévention au sein de la famille du médecin généraliste	N. Madec	Téléphonique	Non joignable
Soigner ses proches : une attitude à raisonner ?	P. Dagnicourt	Téléphonique	Non
Comment les médecins généralistes se positionnent-ils vis-à-vis de la maladie de leur proche ?	J. Peltz-Aim	Téléphonique puis mail	Oui
Positionnement des internes en médecine générale face aux problèmes de santé de leurs proches	L. Marin-Marin	Téléphonique puis mail	Oui
Déterminants de la prise en charge de ses proches, en particulier de ses enfants, par le médecin généraliste	M-E. Bouquet-Lautié	Téléphonique puis mail	Oui
Audit sur le suivi médical des enfants de médecins	A. Jean-Lobstein	Téléphonique puis mail	Oui
La prise en charge médicale de la famille du médecin généraliste : enfants et conjoints	S. Toumelin	Téléphonique	Non joignable
Synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin généraliste à une demande de soins venant d'un de ses proches	M. Béguin	Mail	Oui

2. Plan du premier questionnaire

a. Questionnaire français

I. Présentation générale du médecin. Présentez-vous :

- Quel est votre âge ?
- Etes-vous un homme ou une femme ?
- Quel est votre pays d'exercice ?
- Quel est votre mode d'exercice ? (libéral ou hospitalier, spécialité chirurgicale ou médicale)
- Depuis combien de temps exercez-vous ? (en années)
- Participez-vous à l'enseignement universitaire ?

II. Votre avis sur la pertinence des solutions proposées par la littérature :

a. Réfléchir avant que la situation ne se présente :

1. **Avoir eu une réflexion antérieure à la présentation du problème.** (4,11,31)
2. **Bénéficier d'une formation sur le sujet pendant les études médicales.** (1,3,7,8,18)
3. **Evoquer la situation au préalable avec ses proches** (32) :
 - Expliquer la double contrainte médecin/proche. (11,18)
 - Donner une fiche d'information au préalable aux proches sur les implications de leur demande. (20)
 - Prévenir ses proches qu'on ne les soignera pas. (39)
4. **Savoir identifier les demandes dont l'implication est à risque minime, modéré ou élevé pour le médecin.** (16,20)
 - Conseils, éducation et accompagnement sont des situations dont le niveau de risque est minime en termes d'implication.
 - Suggérer que le patient n'a pas besoin de voir un médecin, renouveler une ordonnance ponctuellement et suggérer des médicaments sans prescription sont des situations dont le niveau de risque est modéré en terme d'implication.
 - Prescrire un nouveau médicament, prescrire des examens complémentaires, vérifier des résultats, prendre des décisions et réaliser des gestes au-delà des premiers secours sont des situations dont le niveau de risque est élevé en terme d'implication.
5. **Préparer la gestion du double rôle proche/médecin.**(4,11,38)
 - Réfléchir sur les motivations du proche et du médecin.(11,14,35)
 - Prendre du recul.(3)
 - Bien identifier et clarifier les différentes influences entrant en jeu dans le conflit des rôles de proche et de médecin.(4,35)
 - **En tant que proche, se poser la question :** (4)
 - Quels sont mes rôles au sein de la famille?
 - Quelles en sont les composantes de mon rôle au sein de la famille auxquelles je tiens le plus ?
 - En quoi mes connaissances médicales changent-elles mon rôle au sein de la famille ?
 - **En tant que médecin, se poser la question :** (4)
 - Quels sont les aspects de mon identité professionnelle auxquels je tiens ?

- En quoi ma relation intrafamiliale interagit avec mon identité professionnelle ?
- **Concernant les attentes des autres membres de ma famille, se poser la question :** (4)
 - Qu'est-ce que ma famille attend de moi en tant que médecin ?
 - Comment je me sens face à ses attentes ?
 - Comment je me comporte face à ses demandes ?
 - Quelles seraient les conséquences si j'agissais différemment ?
- **Concernant les attentes de mes confrères, se poser la question :** (4)
 - Comment sollicitent-ils mon implication ?
 - Comment je me sens face à leurs sollicitations ?
 - Comment je me comporte face à leurs sollicitations ?
 - Quelles seraient les conséquences si j'agissais autrement ?
- 6. Se fixer des limites dans la prise en charge à ne pas dépasser.** (7,11,32)
 - Définir des problèmes mineurs que l'on acceptera de traiter. (3,16,40)
 - Déterminer les limites de son implication concernant la santé de ses proches. (3,7)
 - Ne pas faire ce qui nécessite un diplôme de médecine. (20,24)
 - Préserver un espace personnel privé libre de toute sollicitation d'ordre médical. (18)
 - Être capable de cloisonner les aspects professionnels et personnels (= ne plus être médecin dans sa vie de famille avec ses parents et vice versa, ne plus être fils ou fille quand on soigne ses parents). (11)
 - Ne pas prendre de décision concernant la santé de ses proches. (3)
- 7. Se préparer à dire non.** (7)
 - Avoir des réponses types en cas de refus à la demande. (31,38)
 - Expliquer clairement le non et les raisons à son proche de ce refus de prise en charge. (38)
- 8. Avoir une réflexion sur le rapport bénéfice/risque de la position choisie.** (11)

b. La demande étant formulée par le proche, voici les questions à se poser qui ont été proposées afin de bien identifier les différentes problématiques susceptibles de se présenter:

- 1. Suis-je bénéfique ou est-ce que je risque de nuire à mon proche?** (22)
- 2. Suis-je formé pour traiter le problème médical que présente mon proche?** (6,7,15,16,19,24,26,40-42)
- 3. Suis-je suffisamment en confiance pour gérer cette demande ?** (7,24,40)
- 4. Les soins peuvent-ils être réalisés dans de bonnes conditions pratiques et techniques?** (18)
- 5. Suis-je trop proche de mon proche pour recueillir son histoire intime et état physique et me charger d'annoncer une mauvaise nouvelle si nécessaire?** (7,15,19,24)
- 6. Puis-je être suffisamment objectif pour ne pas dispenser trop ou insuffisamment de soins ou alors de manière inappropriée?** (3,19,24)
- 7. Mon implication sur le plan médical est-elle susceptible de provoquer ou d'aggraver des conflits intra-familiaux?** (16,19,24)
- 8. Le fait d'accepter les soins risque-t-il de modifier mon identité familiale ?** (18)
- 9. Mes proches seront-ils plus compliants aux soins si c'est un autre médecin qui les prodigue?** (19)
- 10. Vais-je accepter que le médecin à qui j'ai adressé mes proches s'occupe d'eux?** (19)

11. Suis-je prêt à être responsable devant mes pairs et la société pour cette prise en charge? (19)
12. Suis-je prêt à faire face aux critiques de mon proche et du reste de la famille ? (18)
13. Que pourrais-je faire devant cette demande si je n'avais pas de diplôme de médecine ? en cas de nécessité d'une licence médicale pour répondre à la demande, faire preuve de prudence. (20,24)
14. Existe-t-il une autre option ? si oui, ne pas accepter la demande. (31)
15. La relation de soin est-elle susceptible de compromettre mon bien-être personnel ? (18)

c. Eviter la confusion des 2 rôles (proche et médecin), bien avoir conscience de la double contrainte qui s'exerce sur le médecin-proche. (11,14,20,35)

d. Préférer le rôle de conseiller (4,16,26) et de défenseur et membre de la famille. (3,20,31,43)

e. Ne pas prendre en charge ses parents ou ses proches. (3,11)

f. Adresser systématiquement à un confrère (2,24,26,32,33,35,39,44) pour avis extérieur neutre et partage des décisions. (3,18)

g. Que faire si l'on accepte de répondre positivement à la demande?

1. Identifier clairement quelles sont les attentes du proche et les vôtres. (4,11,31,38)
2. Cadrer dès le départ la consultation et exposer au proche les règles de cette prise en charge (17,18) ainsi que les difficultés et conséquences éventuelles engendrées par celle-ci. (18,20)
3. Assurer la même prise en charge que pour tout autre patient (1,7,11,16-18,22,30,31,38-41,43) :
 - Avoir une relation empathique et non sympathique. (8,18,32,42)
 - Réaliser la consultation au cabinet. (1,26,38,39)
 - Tenir un dossier. (26,31,38,39)
 - Transmettre les éléments de la prise en charge au médecin traitant du proche. (40)
 - Réaliser un interrogatoire, un examen clinique et un suivi. (1,15,24,31,32,38,41)
 - Etre vigilant sur la confidentialité notamment au sein de la famille. Garder le secret médical. (3,30-32,38)
 - Informer sur les bénéfices et les risques. (31)
 - Garder en tête que l'on est responsable de nos prescriptions. (1)
 - Faire payer la consultation. (38)
 - Laisser une autonomie au proche dans la décision de soin. (22)
 - Garder une ambiance professionnelle lors de la consultation. (30)
 - Maintenir la distance nécessaire pour garder son objectivité. (18)
4. Ne pas interférer avec des soins déjà mis en place. (43)
5. Faire confiance aux confrères. (3,17-19)

h. Participer à des groupes Balint ou groupes de pairs. (3,4,18,38)

i. Connaître les aspects juridiques de cette situation notamment concernant les prescriptions informelles. (31)

j. Avoir un travail de réflexion régulier.

1. Limiter l'intrusion de la relation personnelle dans la relation de soin. (18)
2. Réévaluer son attitude par rapport à l'évolution de sa pratique personnelle, de sa relation affective avec les proches et de leur état de santé. (11)

III. Commentaires libres

a. Avez-vous d'autres solutions à proposer ?

Maximum 2, en quelques phrases s'il vous plait.

b. Suggestions ou commentaires concernant ce questionnaire.

Avis sur la pertinence des solutions proposées par la littérature pour répondre aux demandes de soins de nos proches.

II. Votre avis sur la pertinence des solutions proposées par la littérature:

Pour chaque solution proposée, vous allez pouvoir coter sa pertinence selon une échelle de 0 à 3:

0 = pas du tout pertinente

1 = peu pertinente

2 = moyennement pertinente

3 = très pertinente

En cas d'incompréhension ou de frustration sur l'une des questions (ou sur plusieurs), vous pouvez laisser vos commentaires ou vos suggestions dans la dernière partie consacrée aux commentaires libres.

a. Réfléchir avant que la situation ne se présente :

1. Avoir eu une réflexion antérieure à la présentation du problème.

0	1	2	3
☐	☐	☐	☒

2. Bénéficier d'une formation sur le sujet pendant les études médicales.

0	1	2	3
☐	☐	☒	☐

3. Evoquer la situation au préalable avec ses proches.

0	1	2	3
☐	☐	☐	☒

- Expliquer la double contrainte médecin/proche.

0	1	2	3
☐	☐	☒	☐

- Donner une fiche d'information au préalable aux proches sur les implications de leur demande.

Exemple 1

b. Questionnaire anglais.

I. About you:

- How old are you?
- Are you male or female?
- In which country are you working ?
- What is your type of practice? (hospital, private practice, medical or surgical specialization)
- How long have you been working as a doctor? (in years)
- Do you teach at university?

II. Your opinion on the relevance of the help given by literature:

a. Think about it before facing the situation:

- 1. Thinking about it before facing the situation.**
- 2. Being taught about it during medical studies.**
- 3. Talk about it with your relatives beforehand:**
 - Explain the dual constraint of being a relative and a doctor.
 - Give an information sheet to your relatives on the request's consequences.
 - Let your relatives know you won't treat them.
- 4. Identify Low- Medium- and High-risk involvement by physician in the care of relatives.**
 - Counselling, providing education, and supporting are low-risk involvement situation.
 - Suggesting over the counter drugs or that a patient doesn't need to see a doctor, and renewing a prescription once are medium-risk involvement situations
 - Prescribing a new medication, ordering a test, checking results, coordinating care, making decisions, and performing a procedure beyond first aid are high-risk involvement situations.
- 5. Prepare to deal with the dual role of relative and doctor.**
 - Think about what motivates you and your relatives.
 - Take a step back.
 - Clarify your expectations, and the influences in your role conflicts.
 - ***As a relative, ask yourself:***
 - what are my roles in the family?
 - what aspects of my roles do I value most?
 - how does my medical knowledge change my family role?
 - ***As a doctor, ask yourself:***
 - what aspects of my professional identity do I value most?
 - how does my relationship with my family interact with my professional identity??
 - ***About your relatives' expectations, ask yourself:***
 - what do they ask of me as a physician?
 - how do their requests make me feel?
 - how do I behave in response to these requests?
 - what would be the consequences of behaving differently? ?
 - ***About other physicians' expectations, ask yourself:***
 - how do other physician solicit my involvement?
 - how do these solicitations make me feel?

- how do I behave in response to these solicitations?
 - what would be the consequence of behaving differently?
6. **Set your own limit in the care of your relatives and friends.**
 - Define the minor illnesses you are ready to treat.
 - Set the limit of your involvement in the care your relatives and friends.
 - Don't do anything that requires a medicine degree.
 - Define your own personal space to respect in the care of your family and friends.
 - Be careful not to be a parent or friend in your practice, and not to be a doctor in your family or with your friends.
 - Don't make decisions in your friends or relatives' care.
 7. **Be prepared to say no.**
 - Have ready-made responses to these requests.
 - Explain to your relatives and friends why you are saying no.
 8. **Evaluate the risk-benefit balance of your choice (of treating or not) in each situation.**

b. Questions to ask yourself when facing the situation.

1. Am I beneficial, or am I at risk for my relative or friend?
2. Am I trained to meet my relative or friend's medical need?
3. Am I confident enough to deal with this request?
4. Can care be provided in good technical and practical conditions?
5. Am I too close to probe my relative or friend's intimate history and physical being, and cope with bearing bad news if necessary?
6. Can I be objective enough to not give too much, too little, or inappropriate care?
7. Is medical involvement likely to provoke or intensify interfamilial conflicts?
8. Will accepting to care for relatives change my identity within the family?
9. Will my relative or friend comply more readily with medical care delivered by an unrelated physician?
10. Will I allow the physician to whom I refer my relative or friend to attend him or her?
11. Am I willing to be accountable to my peers and to the public for this care?
12. Am I ready to face the critics from my relative and the rest of the family?
13. Could I answer to this request if I didn't have a medical degree? if no, be more careful when doing so.
14. Is there another way? if yes, then refuse the request.
15. Will providing this care jeopardize my well-being?

c. Avoid confusing the two separate roles of friend or family and doctor. Be prepared to face the dual role.

d. Prefer the role of adviser and advocate as a family member..

e. Do not provide care for your family or friends at all..

f. Refer to another doctor for external advice and sharing decision-making.

g. What should you do if you accept to provide care for your family and friends?

- 1. Identify your relative's expectations and your own.**
- 2. Explain straight away to your relative or friend the rules of the consultation, and the difficulties and consequences it brings up.**
- 3. Provide the same care as for any other patient:**
 - Have a relationship based on empathy and not on sympathy.
 - Provide care in your practice.
 - Keep a record.
 - Provide the treating doctor, with the medical information, and detail of the care you have given.
 - Take the medical history, perform a physical examination, and follow up.
 - Respect medical secrecy. Be careful about confidentiality..
 - Explain the benefits and the risks.
 - Keep in mind you can be held responsible for your care.
 - Charge for the medical care.
 - Let your relative or friend take their decision.
 - Keep a professional mood during the medical consultation.
 - Keep a distance to maintain your objectivity.
- 4. Do not intervene with care that is already being provided.**
- 5. Trust your peers.**

h. Take part in Balint groups, or peer groups.

i. Know the legal aspects of this issue.

j. Keep reflecting on the issue regularly.

- 1. A To limit personal relationship interfering with medical care.**
- 2. Reassess your position according to the evolution of your practice and your relationships.**

III. Comments

a. Do you have new ideas on the subject, that haven't being listed above?

If you do, please write them down in a few short sentences. Maximum 2.

b. Do you have a comment on the questionnaire?

Opinion on the relevance of the help given by literature about care-seeking-relatives.

II. Your opinion on the relevance of the help given by the literature.

Please use the rating scale from 0 to 3, to evaluate the sentences provided by our bibliographic research.

0 = not relevant

1 = of little interest

2 = relatively relevant

3 = very appropriate

If you don't understand or if you are frustrated over one of the items below, please leave a comment on the last part of this questionnaire. In the free comment section.

a. Think about it before facing the situation:

1. Think about it before having to deal with the situation.

0	1	2	3
☐	☐	☐	☒

2. Being taught about it during medical studies.

0	1	2	3
☐	☐	☐	☒

3. Talk about it with your relatives beforehand.

0	1	2	3
☐	☐	☒	☐

- Explain the dual constraint of being a relative and a doctor.

0	1	2	3
☐	☐	☒	☐

- Give an information sheet to your relatives on the consequences of the request.

0	1	2	3
☒	☐	☐	☐

Exemple 2

3. Lettre explicative accompagnant le premier questionnaire

a. En français

Bonjour,

Comme convenu lors de nos échanges de mail, voici le premier questionnaire en lien avec notre thèse (avec un peu de retard pour lequel nous nous excusons). Nous espérons que vous serez toujours d'accord d'y participer. Répondre à ce questionnaire prend environ 15 minutes.

Pour rappel, le thème général de cette thèse concerne la gestion par les médecins des demandes de soins qui viennent de leurs proches (parents, enfants, famille en général, amis, voisins,...).

Une synthèse de la littérature reprenant les différentes solutions proposées par les auteurs pour mieux y répondre avait été réalisée fin 2013 par une de nos collègues.

A partir de ce travail, notre idée est de faire valider ces réflexions et solutions par un groupe d'expert (on entend par experts, des personnes ayant publié ou ayant dispensé un enseignement sur ce sujet). L'objectif final de cette forme de consensus est de pouvoir créer un outil d'aide à la réflexion destiné aux médecins afin de mieux répondre et de mieux vivre ces demandes.

Il ne s'agit pas de faire adopter une position inflexible sur ce sujet ou d'éditer des règles de bonnes conduites, ceci étant de toute façon impossible à mettre en œuvre à la quasi-unanimité des avis rencontrés. Chacun a sa façon de voir et de faire les choses. Il s'agit juste de faire valider des pistes de réflexion qui puissent permettre de réfléchir aux enjeux et conséquences de ces demandes particulières.

La méthode utilisée est la méthode Delphi.

Le premier questionnaire comporte 3 parties :

- La première est une présentation rapide de vous-même (notamment votre pays d'exercice).
- La seconde reprend toutes les solutions trouvées dans la littérature.

Nous les avons regroupées et ordonnées selon plusieurs chapitres afin de clarifier la démarche de réflexion et d'éviter les redondances. Ce regroupement peut tout à fait être critiqué dans la partie finale du questionnaire si vous le jugez nécessaire.

Pour chaque solution, nous vous demandons de coter sur une échelle ce que vous pensez de sa pertinence dans la réflexion à avoir lorsque l'on est confronté à une demande de soins émanant d'un proche.

- La dernière partie vous permet de suggérer d'autres solutions auxquelles vous auriez pensé et qui ne figurent pas dans celles déjà citées. Elle vous permet également de critiquer certains regroupements faits et de faire des remarques quelles qu'elles soient.

Le lien pour y répondre est le suivant : https://docs.google.com/forms/d/1QLx4MtdHEfw7-GO8Qc8afCkitQBxybXoJIVFOv89peg/viewform?c=0&w=1&usp=mail_form_link).

Vous trouverez joint en plus un plan du questionnaire pour une vision plus globale de celui-ci.

Une fois tous les questionnaires récupérés, nous analyserons les résultats ainsi que vos remarques.

Nous construirons un nouveau questionnaire avec les résultats du précédent et nous vous le soumettrons afin de recueillir vos avis sur cette nouvelle sélection. De plus, en cas de divergence d'opinion importante par rapport au reste du groupe sur une ou plusieurs questions, nous vous en demanderons la raison et aussi de confirmer ou non votre position.

Selon vos réponses, 3 ou 4 échanges seront nécessaires pour faire valider ces solutions. Le dernier mail ne concernera que la présentation des résultats.

Merci par avance de l'aide et du temps que vous consacrerez à notre travail.

Cordialement,

Marion DAUTEL et Julie JEANNE.

(Internes de médecine générale, Grenoble, France)

b. En anglais.

Hello,

As we discussed in the emails I sent you, here is the first questionnaire of our PHD. We do apologise for the delay, and hope you still agree to answer. Answering this questionnaire will take you approximately 15 minutes.

As a reminder our PHD deals with the management of care-seeking relatives or friends.

A colleague did a literature review on the subject in 2013. It listed the different ways to help dealing with such requests.

Form this work; our idea was to ask a group of experts to validate the solutions given by the authors. We meant by expert, a person who had published or taught on the subject. Our final goal is to try to create a simple tool, to help practitioners think about and deal with these kinds of requests, and feel better about it.

We do not mean to come up with an unchanging way to deal with them, or strict rules to go by. As we read on the different articles, it is impossible to have a perfect consensus on the subject. Everyone has a different way to manage his or her practice.

We would like to validate a few ways to reflect on this issue, that were proposed by literature.

We are going to use a Delphi method to do so.

The first questionnaire will be made out of three parts:

- A quick first part about you.
- A second part listing the different solutions we found in the articles on the subject. We ordered them in chapters, to avoid repeats and to clarify the thinking process. You can disagree with our way to regroup ideas, let us know in the last part of the questionnaire.

You will be asked to rate each idea depending on their relevance in the management of care-seeking relatives or friends.

- The last part will allow you to give one or two other solutions that haven't been listed above.

You can also leave a comment on the questionnaire.

Here is the link to the google form: https://docs.google.com/forms/d/1v0HJY6g_h2NP5kNF_-G2K18NGQi9LJB3cVeAs4VAqpl/viewform?c=0&w=1&usp=mail_form_link

You will find the reading plan attached. It could help you to have a clearer picture of the questionnaire.

Once we receive all the answers to this questionnaire, we will process them.

We will then build a second questionnaire on the results. And we will ask your opinion again on the findings we had. In addition if your opinion diverge from the group, we will ask you to explain it and you will be asked if you maintain your opinion or rally with the group.

Depending on the results, 3 or 4 rounds will be needed (the last round will only be the results of our study and you won't have to send an answer)

Thank you again for your time and help,

Best wishes.

Marion Dautel and Julie Jeanne
(general practice interns, Grenoble, France).

4. Plan du second questionnaire.

a. Questionnaire français.

I. Récapitulatif de vos commentaires concernant le questionnaire précédent.

II. Propositions de la littérature jugées pertinentes par la majorité du groupe:

Nous avons considéré que le groupe était d'accord sur la pertinence d'une proposition lorsqu'il existait au maximum deux opinions divergentes sur l'ensemble des réponses (c'est-à-dire aucune, une ou deux notes égales à 0 et/ou 1, le reste étant des notes égales à 2 et/ou 3).

Nous allons vous présenter ces propositions.

Pour chacune d'elle, vous pouvez:

- soit confirmer votre accord avec le groupe sur sa pertinence.
- soit cocher la case "pas d'accord", et en expliquer les raisons dans la zone commentaire.

Par ailleurs, vous pouvez également proposer une reformulation de la proposition dans cette même case commentaire.

a. Réfléchir avant que la situation ne se présente :

1. **Avoir eu une réflexion antérieure à la présentation du problème.**
2. **Bénéficier d'une formation sur le sujet pendant les études médicales.**
3. **Evoquer la situation au préalable avec ses proches :**
 - Expliquer la double contrainte médecin/proche.
4. **Savoir identifier les demandes dont l'implication est à risque minime, modéré ou élevé pour le médecin.**
 - Prescrire un nouveau médicament, prescrire des examens complémentaires, vérifier des résultats, prendre des décisions et réaliser des gestes au-delà des premiers secours sont des situations dont le niveau de risque est élevé en terme d'implication.
5. **Préparer la gestion du double rôle proche/médecin.**
 - Réfléchir sur les motivations du proche et du médecin.
 - Prendre du recul.
 - Bien identifier et clarifier les différentes influences entrant en jeu dans le conflit des rôles de proche et de médecin.
 - ***En tant que médecin, se poser la question :*** en quoi ma relation intrafamiliale interagit avec mon identité professionnelle ?
 - ***Concernant les attentes des autres membres de ma famille, se poser la question :***
 - i. Qu'est-ce que ma famille attend de moi en tant que médecin ?
 - ii. Comment je me sens face à ses attentes ?
 - iii. Comment je me comporte face à ses demandes ?
 - iv. Quelles seraient les conséquences si j'agissais différemment ?
 - ***Concernant les attentes de mes confrères, se poser la question :***
 - i. Comment je me sens face à leurs sollicitations ?
 - ii. Comment je me comporte face à leurs sollicitations ?
6. **Se fixer des limites dans la prise en charge à ne pas dépasser.**

- Déterminer les limites de son implication concernant la santé de ses proches.
- 7. **Se préparer à dire non.**
 - Expliquer clairement le non et les raisons à son proche de ce refus de prise en charge.
- 8. **Avoir une réflexion sur le rapport bénéfice/risque de la position choisie.**

b. La demande étant formulée par le proche, voici les questions à se poser qui ont été proposées afin de bien identifier les différentes problématiques susceptibles de se présenter.

1. Suis-je bénéfique ou est-ce que je risque de nuire à mon proche?
2. Suis-je formé pour traiter le problème médical que présente mon proche?
3. Les soins peuvent-ils être réalisés dans de bonnes conditions pratiques et techniques?
4. Suis-je trop proche de mon proche pour recueillir son histoire intime et état physique et me charger d'annoncer une mauvaise nouvelle si nécessaire?
5. Puis-je être suffisamment objectif pour ne pas dispenser trop ou insuffisamment de soins ou alors de manière inappropriée?
6. Mes proches seront-ils plus compliants aux soins si c'est un autre médecin qui les prodigue?
7. Suis-je prêt à être responsable devant mes pairs et la société pour cette prise en charge?
8. Suis-je prêt à faire face aux critiques de mon proche et du reste de la famille ?
9. Existe-t-il une autre option ? si oui, ne pas accepter la demande.
10. La relation de soin est-elle susceptible de compromettre mon bien-être personnel ?

c. Que faire si l'on accepte de répondre positivement à la demande?

1. Identifier clairement quelles sont les attentes du proche et les vôtres.
2. Eviter la confusion des 2 rôles (proche et médecin), bien avoir conscience de la double contrainte qui s'exerce sur le médecin-proche.
3. Préférer le rôle de conseiller et de défenseur et membre de la famille.
4. Adresser systématiquement à un confrère pour avis extérieur neutre et partage des décisions.
5. Cadrer dès le départ la consultation et exposer au proche les règles de cette prise en charge ainsi que les difficultés et conséquences éventuelles engendrées par celle-ci.
6. Tenir un dossier.
7. Transmettre les éléments de la prise en charge au médecin traitant du proche.
8. Etre vigilant sur la confidentialité notamment au sein de la famille. Garder le secret médical.
9. Informer sur les bénéfices et les risques.
10. Garder en tête que l'on est responsable de nos prescriptions.
11. Garder une ambiance professionnelle lors de la consultation.
12. Ne pas interférer avec des soins déjà mis en place.
13. Faire confiance aux confrères.

d. Participer à des groupes Balint, ou groupes de pairs.

e. Connaître les aspects juridiques de cette situation notamment concernant les prescriptions informelles.

f. Avoir un travail de réflexion régulier.

1. Limiter l'intrusion de la relation personnelle dans la relation de soin.
2. Réévaluer son attitude par rapport à l'évolution de sa pratique personnelle, de sa relation affective avec les proches et de leur état de santé.

III. Propositions n'ayant pas suscité un accord du groupe mais ayant tendance à être jugées comme pertinentes.

Pour ces propositions, vous pouvez:

- 1 - dire si vous souhaitez les supprimer ou les garder,
- 2 - les reformuler,
- 3 - dire pourquoi vous pensez qu'elles aient suscité des avis hétérogènes.

a. Réfléchir avant que la situation ne se présente :

1. Prévenir ses proches qu'on ne les soignera pas.
2. Conseils, éducation et accompagnement sont des situations dont le niveau de risque est minime en termes d'implication.
3. Suggérer que le patient n'a pas besoin de voir un médecin, renouveler une ordonnance ponctuellement et suggérer des médicaments sans prescription sont des situations dont le niveau de risque est modéré en terme d'implication.
4. *En tant que proche, se poser la question* : Quels sont mes rôles au sein de la famille?
5. *En tant que proche, se poser la question* : Quelles en sont les composantes de mon rôle au sein de la famille auxquelles je tiens le plus ?
6. *En tant que proche, se poser la question* : En quoi mes connaissances médicales changent-elles mon rôle au sein de la famille ?
7. *Concernant les attentes de mes confrères, se poser la question* : Comment sollicitent-ils mon implication ?
8. *Concernant les attentes de mes confrères, se poser la question* : Quelles seraient les conséquences si j'agissais autrement ?
9. Définir des problèmes mineurs que l'on acceptera de traiter.
10. Préserver un espace personnel privé libre de toute sollicitation d'ordre médical.
11. Etre capable de cloisonner les aspects professionnels et personnels (= ne plus être médecin dans sa vie de famille avec ses parents et vice versa, ne plus être fils ou fille quand on soigne ses parents).
12. Ne pas prendre de décision concernant la santé de ses proches.

b. La demande étant formulée par le proche, voici les questions à se poser qui ont été proposées afin de bien identifier les différentes problématiques susceptibles de se présenter:

1. Suis-je suffisamment en confiance pour gérer cette demande ?
2. Mon implication sur le plan médical est-elle susceptible de provoquer ou d'aggraver des conflits intra-familiaux?
3. Le fait d'accepter les soins risque-t-il de modifier mon identité familiale ?

4. Vais-je accepter que le médecin à qui j'ai adressé mes proches s'occupe d'eux?
5. Que pourrais-je faire devant cette demande si je n'avais pas de diplôme de médecine ? en cas de nécessité d'une licence médicale pour répondre à la demande, faire preuve de prudence.

c. Que faire si l'on accepte de répondre positivement à la demande?

Assurer la même prise en charge que pour tout autre patient :

- Réaliser un interrogatoire, un examen clinique et un suivi.
- Laisser une autonomie au proche dans la décision de soin.
- Maintenir la distance nécessaire pour garder son objectivité.

IV. Propositions ayant suscité des avis très hétérogènes sans tendance perceptible.

Pour ces propositions, pouvez-vous nous dire:

- si vous souhaitez les supprimer ou les garder,
- si vous souhaitez les reformuler,
- et pourquoi pensez-vous qu'elles aient suscité un tel désaccord?

1. **Donner une fiche d'information au préalable aux proches sur les implications de leur demande.**
2. ***En tant que médecin, se poser la question* :** Quels sont les aspects de mon identité professionnelle auxquels je tiens ?
3. **Ne pas faire ce qui nécessite un diplôme de médecine.**
4. **Avoir des réponses types en cas de refus à la demande.**
5. **Ne pas prendre en charge ses parents ou ses proches.**
6. **Avoir une relation empathique et non sympathique.**
7. **Réaliser la consultation au cabinet.**
8. **Faire payer la consultation.**

Avis sur la pertinence des solutions proposées par la littérature pour répondre aux demandes de soins de nos proches.

II. Propositions de la littérature jugées pertinentes par la majorité du groupe :

Nous avons considéré que le groupe était d'accord sur la pertinence d'une proposition lorsqu'il existait au maximum deux opinions divergentes sur l'ensemble des réponses (c'est-à-dire aucune, une ou deux notes égales à 0 et/ou 1, le reste étant des notes égales à 2 et/ou 3).

Nous allons vous présenter ces propositions.

Pour chacune d'elle, vous pouvez :

- soit confirmer votre accord avec le groupe sur sa pertinence.
- soit cocher la case "pas d'accord", et en expliquer les raisons dans la zone commentaire.

Par ailleurs, vous pouvez également proposer une reformulation de la proposition dans cette même case commentaire.

a. Réfléchir avant que la situation ne se présente :

1. Avoir eu une réflexion antérieure à la présentation du problème.

☐ d'accord avec le groupe

Commentaire et/ou reformulation :

2. Bénéficier d'une formation sur le sujet pendant les études médicales.

☐ pas d'accord avec le groupe

Commentaire et/ou reformulation :

3. Evoquer la situation au préalable avec ses proches.

Commentaire et/ou reformulation :

- Expliquer la double contrainte médecin/proche.

Commentaire et/ou reformulation :

4. Savoir identifier les demandes dont l'implication est à risque minime, modéré ou élevé pour le médecin.

Exemple 3

b. Questionnaire anglais.

I. What came out of your comments :

II. Most of the group agreed to find the following statements relevant.

We considered that the group agreed when there were 2 or less divergent opinions.

Do you agree with the group to say this statement is relevant? If so choose "agree". If you disagree please explain why in the comment box. You can very well change your mind.

You can rephrase the statements if you wish.

a. Think about it before facing the situation:

1. Think about it before facing the situation.

2. Being taught about it during medical studies.

3. Talk about it with your relatives beforehand:

- Explain the dual constraint of being a relative and a doctor.

4. Identify Low- Medium- and High-risk involvement by physician in the care of relatives.

- Prescribing a new medication, ordering a test, checking results, coordinating care, making decisions, and performing a procedure beyond first aid are high-risk involvement situations.

5. Prepare to deal with the dual role of relative and doctor.

- Think about what motivates you and your relatives.
- Take a step back.
- Clarify your expectations, and the influences in your role conflicts.
- ***As a doctor, ask yourself:*** how does my relationship with my family interact with my professional identity??
- ***About your relatives' expectations, ask yourself:***
 - i. what do they ask of me as a physician?
 - ii. how do their requests make me feel?
 - iii. how do I behave in response to these requests?
 - iv. what would be the consequences of behaving differently?
- ***About other physicians' expectations, ask yourself:***
 - i. how do these solicitations make me feel?
 - ii. how do I behave in response to these solicitations?

6. Set your own limit in the care of your relatives and friends.

- Set the limit of your involvement in the care of your relatives and friends.

7. Be prepared to say no.

- Explain to your relatives and friends why you are saying no.

8. Evaluate the risk-benefit balance of your choice (of treating or not) in each situation.

b. Questions to ask yourself when facing the situation.

1. Am I being beneficial, or am I a risk for my relative or friend?

2. Am I trained to meet my relative or friend's medical need?

3. Can care be provided in good technical and practical conditions?

4. Am I too close to probe my relative or friend's intimate history and physical being, and cope with bearing bad news if necessary?

5. Can I be objective enough to not give too much, too little, or inappropriate care?

6. Will my relative or friend comply more readily with medical care delivered by an unrelated physician?

7. Am I willing to be accountable to my peers and to the public for this care?
8. Am I ready to face the critics from my relative and the rest of the family?
9. Is there another way? if yes, then refuse the request.
10. Will providing this care jeopardize my well-being?

c. What should you do if you accept to provide care for your family and friends?

1. Identify your relative's expectations and your own.
2. Avoid confusing the two separate roles of friend or family and doctor. Be prepared to face the dual role.
3. Prefer the role of adviser and advocate as a family member.
4. Refer to another doctor for external advice and sharing decision-making.
5. Explain straight away to your relative or friend the rules of the consultation, and the difficulties and consequences it brings up.
6. Keep a record.
7. Provide the treating doctor, with the medical information, and detail of the care you have given.
8. Respect medical secrecy. Be careful about confidentiality.
9. Explain the benefits and the risks.
10. Keep in mind you can be held responsible for your care.
11. Keep a professional attitude during the medical consultation.
12. Do not intervene with care that is already being provided.
13. Trust your peers.

d. Take part in Balint groups, or peer groups.

e. Know the legal aspects of this issue.

f. Keep reflecting on the issue regularly.

1. Try to prevent personal relationship interfering with medical care.
2. Reassess your position according to the evolution of your practice and your relationships.

III. The group didn't come to an agreement on the following statements, but most of the group still found them relevant.

Do you think we should keep or not this statement in our final list?

Can you explain why the group disagreed on those propositions?

Do you think we should rephrase the statement?

a. Think about it before facing the situation:

1. Let your relatives know you won't treat them.
2. Counselling, providing education, and supporting are low-risk involvement situation.
3. Suggesting over the counter drugs or that a patient doesn't need to see a doctor, and renewing a prescription once are medium-risk involvement situations.
4. *As a relative, ask yourself:*
 - what are my roles in the family?
 - what aspects of my roles do I value most?
 - how does my medical knowledge change my family role?

5. ***About other physicians' expectations, ask yourself:***
 - how do other physician solicit my involvement?
 - what would be the consequence of behaving differently?
6. **Define the minor illnesses you are ready to treat.**
7. **Define your own personal space to respect while in the care of your family and friends.**
8. **Be careful not to be a parent or friend in your practice, and not to be a doctor in your family or with your friends.**
9. **Don't make decisions in your friends or relatives' care.**

b. Questions to ask yourself when facing the situation.

1. **Am I confident enough to deal with this request?**
2. **Is medical involvement likely to provoke or intensify interfamilial conflicts?**
3. **Will accepting to care for relatives change my identity within the family?**
4. **Will I allow the physician to whom I refer my relative or friend to provide care to him or her?**
5. **Could I answer to this request if I didn't have a medical degree? if no, be more careful when doing so.**

c. What should you do if you accept to provide care for your family and friends?

Provide the same care as for any other patient:

- Provide care in your practice.
- Take the medical history, perform a physical examination, and follow up.
- Let your relative or friend take their decision.
- Keep a distance to maintain your objectivity.

IV. The group didn't come to an agreement on the following statements, and we could find a trend towards relevance or irrelevance.

Do you think we should keep these statements in our list or not?

Can you explain why the group disagreed on those propositions?

Do you think we should rephrase the statement?

1. **Give an information sheet to your relatives on the consequence of the request.**
2. ***As a doctor, ask yourself:* what aspects of my professional identity do I value most?**
3. **Don't do anything that requires a medicine degree.**
4. **Be prepared to say no: Have ready-made responses to theses requests.**
5. **Do not provide care for your family or friends at all.**
6. **Have a relationship based on empathy and not on sympathy.**
7. **Provide care in your practice.**
8. **Charge for the medical care.**

Opinion on the relevance of help given by literature about care-seeking relatives.

II. Most of the group agreed to find the following statements relevant.

We considered that the group agreed on the relevance of the statement when there were 2 or less divergent opinions.

Do you agree with the group to say this statement is relevant? If so choose "agree". If you disagree please explain why in the comment box. You can very well change your mind.

You can rephrase the statements if you wish.

a. Think about it before facing the situation.

1. Think about it before having to deal with the situation.

Comment and/or rephrase.

2. Being taught about it during medical studies.

Comment and/or rephrase.

3. Talk about it with your relatives beforehand.

Comment and/or rephrase

- Explain the dual constraint of being a relative and a doctor.

Comment and/or rephrase

4. Identify Low- Medium- and High-risk involvement by physician in the care of relatives.

Comment and/or rephrase

- Prescribing a new medication, ordering a test, checking results, coordinating care, making decisions, and performing a procedure beyond first aid are high-risk involvement situations

Exemple 4

5. Lettre explicative accompagnant le second questionnaire.

a. En français.

Bonjour à vous tous,

Encore un grand merci pour vos réponses à notre premier questionnaire.

Nous revenons vers vous pour la 2^e partie de notre étude.

Pour rappel, nous cherchons à faire valider parmi les propositions et solutions proposées par la littérature, celles qui vous semblent pertinentes pour mieux réfléchir et répondre aux demandes médicales émanant de nos proches. L'objectif secondaire de ce travail étant de créer un petit outil d'aide destiné aux médecins, aux internes...

Après analyse de vos réponses à ce premier questionnaire, voilà ce qu'il ressort :

- Un grand nombre de propositions ont été jugées comme pertinentes. C'est-à-dire que sur toutes vos réponses, elles ont reçu au maximum 2 évaluations à 0 (pas du tout pertinente) et/ou 1 (peu pertinente).
- Une autre partie des propositions a été notée de façon hétérogène mais avec une tendance plutôt vers la pertinence également.
- Enfin un petit nombre a recueilli des notes très dispersées sans qu'il soit possible de conclure à une tendance à leur pertinence ou leur non-pertinence.

Aucune des propositions de la littérature n'a été jugée à l'unanimité ou à la quasi-unanimité comme non pertinente.

Nous allons donc vous demander cette fois :

- Pour les propositions jugées pertinentes de façon quasi-unanime :
 - o de confirmer votre accord avec le groupe ou de commenter si votre avis diverge de l'avis général,
 - o de proposer une reformulation si vous le jugez nécessaire.
- Pour les propositions notées de façon hétérogène :
 - o de donner votre point de vue sur la proposition en elle-même et sur les raisons de l'hétérogénéité des avis la concernant,
 - o de la reformuler éventuellement,
 - o de la conserver ou de la supprimer pour l'élaboration d'un outil de réflexion.

Voici le lien pour le questionnaire :

https://docs.google.com/forms/d/1_pMppCw82mQtNYxNGk-KH8ZvHeC7kSBqEp35BwMZjw4/viewform?usp=send_form

Vous trouverez joint comme la dernière fois le plan de ce nouveau questionnaire.

Bonne lecture!

Cordialement,

Marion DAUTEL et Julie JEANNE
(Internes de médecine générale, Grenoble, France).

b. En anglais.

Hello,

Thank you very much again for taking the time to answer our questionnaire.

Here is the second questionnaire.

Just as a reminder, our final goal is to try to create a simple tool, to help practitioners think about and deal with care seeking relatives and friends, and feel better about it.

So we asked you to evaluate the solutions we found in the literature on this subject, based on their relevance in this issue.

We went through your answers, and analysed them, here is what we found out:

- A lot of the propositions were relevant, you were almost unanimous
- Most of the other propositions were rated in an heterogeneous way, the group didn't agree on them. But they were generally qualified as pertinent
- And a few were rated in an heterogeneous way, but it was impossible for us to find a trend toward not pertinent or pertinent.

No proposition was found to be non pertinent by the group

Concerning this questionnaire:

- About the statements on which the group mostly agreed:
 - o Confirm that you agree with the group or explain why you disagree.
 - o Rephrase the statements if needed.
- About the statements on which the group didn't come to an agreement:
 - o Give your opinion on the statement if you wish
 - o Explain why you think the group didn't agree on the statement.
 - o Rephrase if needed.
 - o Tell us if we should keep it or not in the final list we will be using to create the tool.

Here is the link of the questionnaire :

https://docs.google.com/forms/d/15zWqiAXfTP0xXyIuVcCBz8oS_QyiZAWK9JQu-0QYR1s/viewform?c=0&w=1

Thanks again for your time and help in this work,

Best wishes,

Marion Dautel and Julie Jeanne
(general practice interns, Grenoble, France).

6. Base pédagogique.

a. En français

Base pédagogique

Objectif : se préparer et réfléchir sur les demandes de soins de ses proches.

Méthodes : cas cliniques courts, débat. Groupe de participants limités pour permettre le débat.

Grandes notions à aborder :

- Avoir une réflexion personnelle sur la situation et ses implications avant d'y être confronté, communiquer avec ses proches et ses pairs sur le sujet.
- Réévaluer son point de vue et le rapport bénéfice/risque de la situation (compliance du proche-patient, condition de soins).
- Réfléchir sur le double rôle médecin-proche.
- Réfléchir sur les différentes responsabilités (proche, famille, pairs, société, aspect légaux).

Solutions proposées par la littérature :

a. Réfléchir avant que la situation ne se présente :

1. Avoir eu une **réflexion antérieure** à la présentation du problème.
2. Savoir identifier les demandes dont l'implication est à **risque** minime, modéré ou élevé pour le médecin.
3. Préparer la gestion du **double rôle proche/médecin**. Prendre du recul.
 - Réfléchir sur ses **motivations en tant que proche et en tant que médecin**.
(*En quoi ma relation intrafamiliale interagit avec mon identité professionnelle ?*
Qu'est-ce que ma famille attend de moi en tant que médecin ? Comment je me sens et je me comporte face à ses attentes ? Quelles seraient les conséquences si j'agissais différemment ?
Comment je me sens et me comporte face aux sollicitations de mes confrères ?)
 - Bien identifier les différentes **influences** (familiales, professionnelles...) qui s'exercent sur le médecin et leurs responsabilités dans le conflit des rôles.
4. **Evoquer** la situation au préalable avec ses proches : expliquer la double contrainte médecin/proche.
5. Se fixer des **limites** dans la prise en charge à ne pas dépasser.
6. **Se préparer à dire non** et expliquer clairement les raisons de ce refus.
7. Avoir une réflexion sur le **rapport bénéfice/risque** de la position choisie.

b. La demande étant formulée par le proche, voici les questions à se poser qui ont été proposées afin de bien identifier les différentes problématiques susceptibles de se présenter.

1. Existe-t-il une **autre option** ? si oui, ne pas accepter la demande.
2. Suis-je **bénéfique** ou est-ce que je risque de nuire à mon proche?
3. Suis-je **formé** pour traiter le problème médical que présente mon proche?
4. Suis-je trop proche de mon proche pour recueillir son **histoire intime** et état physique et me charger d'annoncer une **mauvaise nouvelle** si nécessaire?

5. Puis-je être suffisamment **objectif** pour ne pas dispenser trop ou insuffisamment de soins ou alors de manière inappropriée?
6. Les soins peuvent-ils être réalisés dans de **bonnes conditions pratiques** et techniques?
7. Mes proches seront-ils **plus compliants** aux soins si c'est un autre médecin qui les prodigue?
8. Suis-je prêt à être **responsable** devant mes pairs et la société pour cette prise en charge?
9. Suis-je prêt à faire face aux **critiques** de mon proche et du reste de la famille ?
10. La relation de soin est-elle susceptible de compromettre mon **bien-être personnel** ?

c. Que faire si l'on accepte de répondre positivement à la demande?

1. Identifier clairement quelles sont les attentes du proche et les vôtres dans cette situation précise.
2. Préférer le rôle de **conseiller** et de **défenseur** et membre de la famille.
3. **Ne pas interférer** avec des soins déjà mis en place.
4. **Ne pas hésiter à adresser** à un confrère pour avis extérieur neutre et partage des décisions.
5. Cadrer dès le départ la consultation et **exposer au proche les règles** de cette prise en charge ainsi que les difficultés et conséquences éventuelles engendrées par celle-ci.
6. Tenir un **dossier**.
7. **Transmettre** les éléments de la prise en charge au médecin traitant du proche.
8. Etre vigilant sur la **confidentialité** notamment au sein de la famille. Garder le secret médical.
9. **Inform**er sur les bénéfices et les risques.
10. Garder une **ambiance professionnelle** lors de la consultation. Limiter l'intrusion de la relation personnelle dans la relation de soin.
11. **Faire confiance** aux confrères.

d. Participer à des groupes Balint, ou groupes de pairs.

e. Connaître les aspects juridiques de cette situation notamment concernant les prescriptions informelles.

- relation contractuelle
- responsabilité
- pas de recommandation déontologique ou médico légale

f. Réévaluer son attitude par rapport à l'évolution de sa pratique personnelle, de sa relation affective avec les proches et de leur état de santé.

En fonction de :

- sa pratique personnelle
- sa relation affective avec le proche
- état de santé du proche

b. En anglais

Educational material

Objective : be prepared and reflect on the issue of care seeking relatives or friends.

Method : using short clinical cases and debate. A small group of student is required to allow discussion and debate.

Important notions :

- Consider the issue of care seeking relatives, and its consequences before having to deal with it. Talk about it with your friends and relatives and reflect on it with your peers.
- Evaluate your actions, and the risk-benefit balance of the situation regularly (compliance, conditions of care).
- Think about the dual role of relative and doctor.
- Responsibility (to relatives, friends, peers, society, legal aspects).

Solutions extracted from literature:

a. Think about it before facing the situation:

1. **Think about it** before facing the situation.
2. Identify Low- Medium- and High-**risk** involvement by physician in the care of relatives.
3. Prepare to deal with the **dual role of relative and doctor**. Take a **step back**
 - Think about **what motivates you and your relatives**.
(How does my relationship with my family interact with my professional identity?, What do my relatives and friends ask of me as a physician? How does it make me feel and behave? What would be the consequences of behaving differently? How do other physicians' solicitations make me feel? How do I behave in response?)
 - Identify the influences on your role conflicts.
4. **Talk about it** with your relatives beforehand: explain the dual constraint of being a relative and a doctor.
5. **Set your own limit** in the care of your relatives and friends.
6. **Be prepared to say no** and explain to your relatives and friends why.
7. Evaluate the **risk-benefit balance** of your choice (of treating or not) in each situation.

b. Questions to ask yourself when facing the situation.

1. Is there **another way**? if yes, then refuse the request.
2. Am I being **beneficial**, or am I a risk for my relative or friend?
3. Am I **trained** to meet my relative or friend's medical need?
4. Can care be provided in good technical and **practical conditions**?
5. Am I **too close** to probe my relative or friend's intimate history and physical being, and cope with bearing bad news if necessary?
6. Can I be **objective enough** to not give too much, too little, or inappropriate care?
7. Will my relative or friend **comply more** readily with medical care delivered by an unrelated physician?
8. Am I willing to **be accountable** to my peers and to the public for this care?
9. Am I ready to **face the critics** from my relative and the rest of the family?
10. Will providing this care **jeopardize my well-being**?

c. What should you do if you accept to provide care for your family and friends?

1. Clarify your expectations and your relatives or friends' expectations in this situation.

2. Prefer the role of **adviser** and **advocate** as a family member.
3. **Refer** to another doctor for external advice and sharing decision-making.
4. Explain straight away to your relative or friend **the rules of the consultation**, and the difficulties and consequences it brings up.
5. **Keep a record.**
6. **Provide the treating doctor with the medical information**, and detail of the care you have given.
7. Respect medical secrecy. Be careful about **confidentiality**.
8. **Explain** the benefits and the risks.
9. Keep a **professional attitude** during the medical consultation. Try to prevent personal relationship interfering with medical care.
10. **Do not intervene** with care that is already being provided.
11. **Trust** your peers.

*d. **Take part in Balint groups, or peer groups.***

*e. **Know the legal aspects of this issue.***

There is a care contract. Care must be the same as for any other patient.
Code of ethics and Medical Associations recommend not to treat your family.

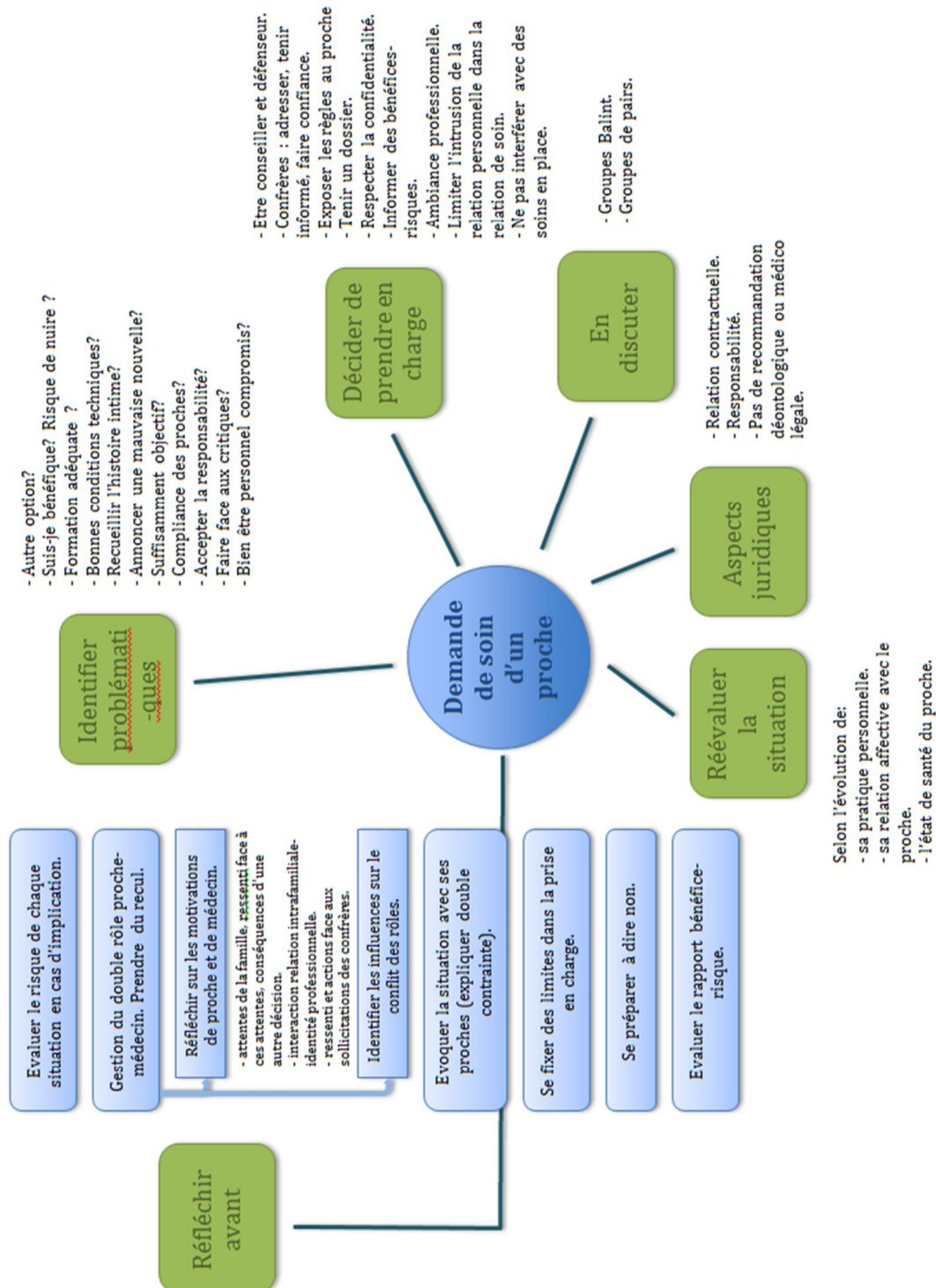
*f. **Keep reflecting on the issue regularly.***

Depending on:

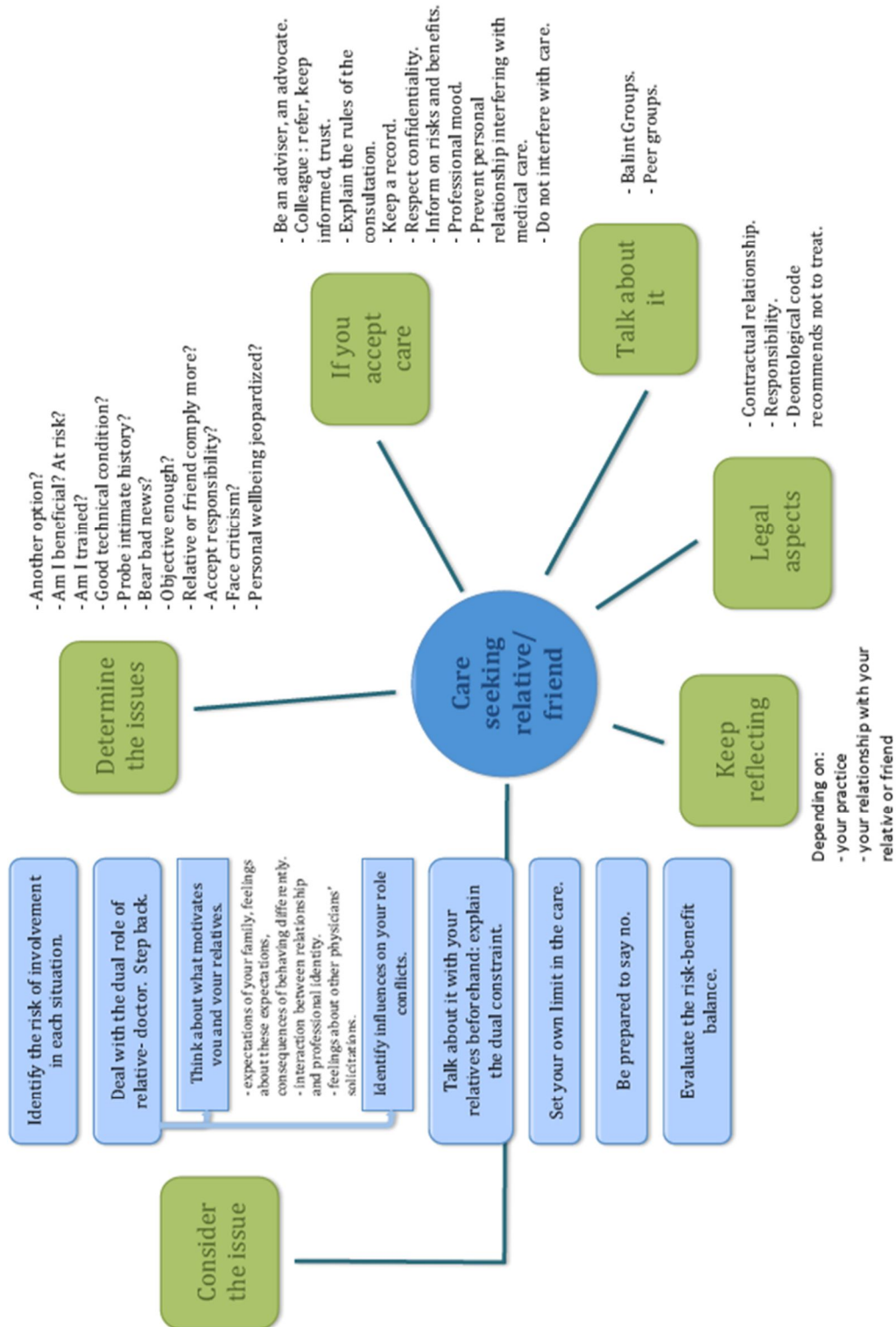
- your practice
- your relationship with your relative or friend

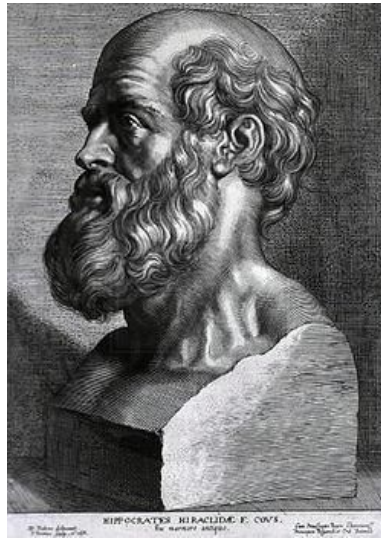
7. Outil visuel

a. En français



b. En anglais





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'exigerais jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis 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.

Respectueux et reconnaissant 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

TITLE:

Which propositions from the literature could help doctors deal with care-seeking relatives or friends? A survey of experts on the sujet.

ABSTRACT:

INTRODUCTION

Doctors deal with care seeking relatives and friends from the beginning of their medical studies. The literature provides advice and guidelines of reflection to help better manage this issue. The aim of this study is to obtain validation on these propositions from a group of experts.

METHOD

We used the method DELPHI®, in order to obtain a consensus. We contacted experts on the issue, and asked them to grade the proposition extracted from the literature according to their relevance. We did two rounds of online questionnaires to get to a consensus and collect diverging views.

RESULTS

Thirteen American and French experts answered. We obtained a consensus agreement on fifty propositions. The twenty-nine remaining were highly discussed, but not rejected.

From the results, we created an educational material, which could be used in training sessions, particularly during residency. It needs an external validation.

CONCLUSION

Each doctor dealing with this care seeking relatives or friends has his or her own response. This issue requires prior consideration and this work's aim is to make it easier.

KEY WORDS :

Relatives care, Family care, Physician, Ethics, Treat your family, Treat your relatives, Treat your friends.

TITRE :

Quelles propositions de la littérature sont susceptibles d'aider le médecin à gérer la demande de soin de son proche ? Enquête auprès d'un groupe d'experts.

RESUME :

INTRODUCTION

Dès le début de leurs études, les médecins sont confrontés à des demandes de soins de leurs proches. La littérature propose pistes de réflexion et conseils pour tenter de mieux gérer ces demandes.

L'objectif de notre étude était de faire valider ces propositions par un groupe d'experts.

METHODE

Nous avons utilisé la méthode de consensus Delphi® pour y parvenir. Nous avons contacté des experts sur le sujet et leur avons demandé de noter les différentes propositions issues de la littérature en fonction de leur pertinence. Nous avons réalisé deux tours de questionnaire en ligne pour obtenir un consensus et recueillir les avis divergents.

RESULTATS

Treize experts américains et français ont répondu. Nous avons obtenu un consensus d'accord pour cinquante propositions. Les vingt-neuf autres restaient sujettes à discussions sans être rejetées pour autant.

Nous avons pu créer sur ces résultats une base pédagogique qui pourrait être utilisée lors de formations sur le sujet, notamment pendant l'internat. Une validation externe serait nécessaire.

CONCLUSION

Les réponses apportées à cette problématique sont propres à chaque médecin confronté à ces demandes. C'est un sujet qui nécessite une réflexion préalable et ce travail a pour but de la faciliter.

MOTS CLES :

Prise en charge famille, Prise en charge proche, Médecin, Ethique, Traiter sa famille, Traiter ses proches, Traiter ses amis.