



HAL
open science

Comment construire sa position face aux sollicitations médicales d'un proche : analyse des déterminants à prendre en compte dans la décision et proposition d'un outil d'aide à la réflexion

Marion Joly Bourlot

► To cite this version:

Marion Joly Bourlot. Comment construire sa position face aux sollicitations médicales d'un proche : analyse des déterminants à prendre en compte dans la décision et proposition d'un outil d'aide à la réflexion. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02023011

HAL Id: dumas-02023011

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02023011>

Submitted on 18 Feb 2019

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.

UNIVERSITE DE CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MEDECINE

THÈSE D'EXERCICE

Pour le DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Par

JOLY épouse BOURLLOT, Marion Claire Lucile

Présentée et soutenue publiquement le 12 octobre 2018

Comment construire sa position face aux sollicitations médicales d'un proche : analyse des déterminants à prendre en compte dans la décision et proposition d'un outil d'aide à la réflexion.

Président : Mr Gilles CLEMENT, Professeur, Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Président du jury : Mr le Professeur Gilles CLEMENT

Membres du jury : Mr le Professeur Jeannot SCHMIDT
Mr le Professeur Martin SOUBRIER

Directeurs de thèse : Mme le Dr Amélie RICHARD
Mr Laurent MARTY

UNIVERSITE DE CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MEDECINE

THÈSE D'EXERCICE

Pour le DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Par

JOLY épouse BOURLLOT, Marion Claire Lucile

Présentée et soutenue publiquement le 12 octobre 2018

Comment construire sa position face aux sollicitations médicales d'un proche : analyse des déterminants à prendre en compte dans la décision et proposition d'un outil d'aide à la réflexion.

Président : Mr Gilles CLEMENT, Professeur, Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Président du jury : Mr le Professeur Gilles CLEMENT

Membres du jury : Mr le Professeur Jeannot SCHMIDT
Mr le Professeur Martin SOUBRIER

Directeurs de thèse : Mme le Dr Amélie RICHARD
Mr Laurent MARTY



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine
: **BERNARD** Mathias

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTRICE GENERALE DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **GUINALDO** Olivier
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **ESQUIROL** Myriam



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BEGUE René-Jean - BELIN Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - COULET Maurice - DASTUGUE Bernard - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - Mme MOINADE Simone - MM. MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - Mlle RAMPON Simone - MM. RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. RISTORI Jean-Michel - ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. BACIN Franck - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DAUPLAT Jacques - DEMEOCQ François - DETEIX Patrice - IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - PHILIPPE Pierre - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. ESCHALIER Alain	Pharmacologie Fondamentale Option Biologique
M. CHAZAL Jean	Anatomie - Neurochirurgie
M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
Mme LAFEUILLE Hélène	Bactériologie, Virologie
M. LEMERY Didier	Gynécologie et Obstétrique
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique

Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale

**PROFESSEURS DE
1ère CLASSE**

M. DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M. CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mlle BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M. SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne
M. SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M. BERGER Marc	Hématologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire

M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. COSTES Frédéric	Physiologie
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie - Neurochirurgie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M.	CLEMENT Gilles	Médecine Générale
----	----------------	-------------------

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne
M. VORILHON Philippe

Nutrition Humaine
Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne
M. CAMBON Benoît

Médecine Générale
Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

***MAITRES DE CONFERENCES
HORS CLASSE***

Mme CHAMBON Martine

Bactériologie Virologie

***MAITRES DE CONFERENCES DE
1ère CLASSE***

M. MORVAN Daniel
Mme BOUVELOUP Corinne
Mlle GOUMY Carole
Mme FOGLI Anne
Mlle GOUAS Laetitia
M. MARCEAU Geoffroy
Mme MINET-QUINARD Régine
M. ROBIN Frédéric
Mlle VERONESE Lauren
M. DELMAS Julien
Mlle MIRAND Andrey
M. OUCHCHANE Lemlih

Biophysique et Traitement de l'Image
Nutrition
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Bactériologie
Bactériologie Virologie
Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication
Pharmacologie Médicale
Pédiatrie
Immunologie
Hygiène Hospitalière
Parasitologie et Mycologie

M. LIBERT Frédéric
Mlle COSTE Karen
M. EVRARD Bertrand
Mlle AUMERAN Claire
M. POIRIER Philippe

**MAITRES DE CONFERENCES DE
2ème CLASSE**

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mlle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences - Neuropharmacologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

À notre président de thèse **Monsieur le Professeur Gilles Clément**. Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, soyez assuré de ma profonde gratitude.

À **Monsieur le Professeur Jeannot Schmidt**. Vous avez accepté de juger ce travail. Soyez assuré de mes sincères remerciements.

À **Monsieur le Professeur Martin Soubrier**. Vous avez accepté de juger ce travail. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

Au **Docteur Amélie Richard et à Laurent Marty** qui ont accepté de diriger cette thèse. Merci d'en avoir fait un travail agréable et enrichissant.

Je remercie **les médecins interrogés** qui ont bien voulu m'accorder du temps et partager leurs expériences, parfois douloureuses. Leur intérêt sur le sujet a été une réelle motivation dans la rédaction de ce travail.

Merci à mes **parents** qui ont supporté le stress des concours, les crises d'hystérie, les horaires de repas imposés...merci pour leur soutien, leur dédramatisation et leur bonne humeur.

Merci à mes **frérot**s pour avoir baissé le son de la guitare ou de la flûte quand je révisais, pour m'avoir fait rigoler quand j'en avais besoin, pour m'avoir brutalisé quand j'en avais besoin aussi...

Merci à mes **grands-parents** qui suivent le parcours d'un œil attentif depuis le début, j'espère vous rendre fière avec ce travail.

Merci à **toute la famille** (cousins, cousines, oncles, tantes, parrain, marraine) pour leur soutien et leur intérêt dans mes études. Désolée d'avoir loupé certaines réunions familiales !

Merci à ma **belle-famille** qui porte bien son nom, pour votre gentillesse, votre générosité et votre tendresse. Merci de me faire sentir « comme à la maison ».

Merci à **tous les copains** qui ont permis d'éclaircir ces années d'externat et d'internat. Rien de plus agréable que d'avoir partagé avec vous le quotidien de l'hôpital, de l'avoir rendu drôle et attachant.

Merci tout particulièrement à **mon binôme, ma Bitch**. Parmi toutes les choses que je te dois (mon mariage notamment !), il y a ces années auvergnates que je ne regretterais jamais.

Merci à toutes les **équipes médicales et paramédicales** d'avoir toujours contribué à une super ambiance dans les différents services, merci (notamment aux infirmières !) de m'avoir appris plein d'astuces quand j'étais une pioupiou et durant tout mon cursus. Je n'oublie pas les batailles de Bétadine, les douches froides, les attaques de vaseline et le Mitosyl dans les cheveux.

Enfin, merci à toi **Fabien**, mon amour. Merci d'être resté calme quand tu as corrigé ma mise en page hasardeuse. Merci d'être là au quotidien. Merci pour toutes les belles choses que nous avons déjà vécues...et celles qui nous attendent (très bientôt !).

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	13
2. CONTEXTE	15
2.1 Cadre légal et déontologique	15
2.2 La création d'une relation médicale avec le proche.....	16
2.3 Aides à la réflexion.....	17
3. MATERIEL & METHODES.....	20
3.1 Type d'étude.....	20
3.2 Population	20
3.3 Grille d'entretien	21
3.4 Mini Guide.....	21
3.5 Recueil des données	22
3.6 Analyse	22
3.6 Éthique	23
4. RÉSULTATS	24
4.1 Déterminants à prendre en compte dans la décision	24
4.1.1 La demande.....	24
4.1.2 Relation affective & relation de soins	35
4.1.3 Conséquences de la demande	42
4.2 Comment répondre à la demande	49
4.2.1 Fixer des règles.....	49
4.2.2 Passer la main	50
4.2.3 Dire non	50
4.2.4 Accompagner sans se substituer au médecin traitant.....	52
4.2.5 L'argument du médecin traitant.....	52

4.2.6	Faire un choix	53
4.2.7	Avoir confiance en soi	54
4.3	Le questionnaire	55
4.3.1	Ressenti général	55
4.3.2	Ressenti pour chaque item	56
4.3.3	A qui pourrait être destiné le guide ?	60
4.	DISCUSSION.....	62
4.1	Critiques de la méthode	62
4.2	Absence de réponse univoque	63
4.3	L'intérêt d'une réflexion préalable	69
4.4	Ouverture	72
4.5.1	Une médecine générale en mutation	72
4.5.2	Une médecine générale collaborative	75
5.	CONCLUSION.....	78
6.	BIBLIOGRAPHIE.....	82
7.	ANNEXES	88
8.	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	95

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : CLASSIFICATION DU RISQUE EN FONCTION DE L'IMPLICATION DU MÉDECIN DANS LE SOIN À UN PROCHE

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

ANNEXE 3 : DONNÉES GÉNÉRALES`

ANNEXE 4: GRILLE D'ENTRETIEN INITIALE

ANNEXE 5: GRILLE D'ENTRETIEN CORRIGÉE

ANNEXE 6: MINI GUIDE POUR UNE BONNE PRATIQUE DU SOIN AUX PROCHES

ANNEXE 7: RÉPONDRE AUX ATTENTES DES MÉDECINS ET DES MEMBRES DE LA FAMILLE

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMA : American Medical Association

ACP : American College of Physicians

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

ECG : Électrocardiogramme

ECN : Examen Classant National

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

GEASPS : Groupes d'Entraînement à l'Analyse de Situations Professionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDPS : Observatoire National Des Professions de Santé

TIC : Technologies de l'Information et de la Communication

1.INTRODUCTION

Chaque médecin est confronté, au cours de sa carrière, aux sollicitations de ses proches, que ce soit pour un problème de santé aigu, une simple demande d'informations ou une prise en charge globale (1)(2). Tous les médecins du monde le savent (3) : un proche n'est pas un patient ordinaire. Le mot "proche" suffit d'ailleurs à le comprendre : il dénote un manque de distance, de recul habituellement considéré comme nécessaire entre un thérapeute et son patient.

Dans les années 90, une étude américaine menée sur 465 médecins d'un hôpital de Chicago (2) retrouvait des données éloquentes: 99% des répondants avaient déjà été sollicités par un proche pour un conseil médical, 83% avaient au moins prescrit une fois un traitement à un proche, 72% avaient déjà réalisé un examen clinique d'un proche.

Selon les auteurs d'une autre étude américaine de grande envergure (1292 médecins) (1), les principales raisons de prendre en charge un proche, selon les médecins interrogés, étaient par commodité pour le proche et pour répondre à une demande formulée par le proche. Les facteurs limitants à cette prise en charge étaient la complexité du cas, la gravité de la pathologie et les situations plus intimes.

Parmi les difficultés ressenties par les médecins, la perte d'objectivité semble être le principal obstacle à la prise en charge d'un proche (4)(5)(6), en lien avec le sentiment de confusion des rôles (7). En effet, séparer sa fonction médicale de sa position de proche semblerait souvent impossible aux médecins. La distance nécessaire serait difficile à respecter et la sympathie prendrait le pas sur l'empathie (8).

Selon Chen (6), si les médecins reconnaissaient les contradictions inhérentes aux rôles d'aidant professionnel et personnel, ils ne se sentaient pas préparés au dilemme éthique qu'ils pouvaient rencontrer.

Face à ces sollicitations, comment les médecins arrivent-ils à « raisonner la question du choix » de prodiguer ou non des soins à leurs proches ? Leur est-il seulement possible de faire ce choix ? Comment construisent-ils leur position face aux sollicitations médicales de leurs proches ?

Plusieurs auteurs (2)(6)(9)(10) ont proposé des pistes de réflexion sous la forme de questions que le médecin pourrait se poser avant de répondre à une demande de soin d'un proche. Si le sujet a déjà été exploré de manière diverse auprès des médecins, nous n'avons pas retrouvé d'étude qui évaluait l'intérêt d'un outil d'aide à la décision sur la question du soin aux proches.

Nous avons donc tenté de comprendre comment construire sa position face aux sollicitations médicales d'un proche, dans un premier temps, en identifiant les déterminants à prendre en compte dans cette décision. Dans un second temps, nous avons soumis un « mini guide » pour une bonne pratique du soin aux proches aux différents médecins interrogés afin d'évaluer l'intérêt d'un tel outil comme aide à la réflexion.

2. CONTEXTE

2.1 Cadre légal et déontologique

Thomas PERCIVAL, médecin et philosophe anglais, écrit en 1803 dans son ouvrage « Medical Ethics » (11) décrivant les devoirs professionnels et le comportement idéal des soignants que « l'éthique médicale voudrait qu'on ne soigne pas ses proches (...) l'anxiété générée par la maladie de ses proches risquait d'obscurcir son jugement ».

Aux États-Unis, l'AMA (American Medical Association) recommande en 1993 dans le cadre du « Code of Medical Ethics »(12) d'éviter de se prendre en charge soi-même ou son entourage, excepté en cas de situation urgente ou d'isolement ainsi que pour des problèmes mineurs. Le cas échéant, les médecins sont tenus de communiquer les informations au médecin référent, doivent éviter les situations sensibles et intimes (notamment pour le soin aux mineurs) et doivent prendre en compte les conséquences potentiellement néfastes sur la relation préexistante. Dans le même sens, l'ACP (American College of Physicians) (13) stipule qu'un médecin sollicité pour prodiguer des soins médicaux à une personne avec laquelle il/elle a déjà eu une relation sociale ou affective devrait d'abord envisager d'autres solutions. Dans certains états (Caroline du Nord, Virginie), les médecins sont même tenus de garder une trace écrite de toute prescription ou administration de traitement à un proche sur le dossier médical (14). Certaines assurances comme Medicare vont jusqu'à refuser la prise en charge des soins des médecins à leurs proches (14) (15).

Le Code de déontologie de l'Association Médicale Canadienne (16) précise qu'il convient de « Limiter les traitements administrés aux membres de sa famille immédiate ou à soi-même aux services mineurs ou d'urgence, et uniquement lorsqu'un autre médecin n'est pas facilement disponible; ces traitements doivent être gratuits. ».

En France, de telles recommandations n'existent pas. Les textes encadrant la profession médicale donnent quelques règles sur la question, mais elles ne sont pas absolues et peuvent être interprétées (17).

L'article 7 du Code De Déontologie (18) stipule que le médecin doit : « Écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes. », en continuité avec les fondements du Serment d'Hippocrate (19) : « Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. ». Cependant, il est également précisé que « Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. », or cette indépendance est compromise quand il s'agit d'un proche.

L'article L 162-5-3 du code de la sécurité sociale (20) prévoit que « Tout assuré ou ayant droit âgé de 16 ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi avec l'accord de celui-ci. », qu'un médecin énuméré par cet article soit le médecin traitant de lui-même ou de ses proches ne pose ainsi aucune difficulté. Il est cependant suggéré que « Le médecin doit aussi s'efforcer de ne pas être influencé par les sentiments inspirés par les personnes rencontrées. » en précisant que l'objectivité est nécessaire à l'action de tout médecin.

2.2 La création d'une relation médicale avec le proche

La compétence relationnelle est une compétence générique pour tous les médecins et la formation à cette compétence est inscrite dans les textes officiels (21). Le référentiel métier des médecins généralistes a placé la relation médecin-patient au centre de leurs compétences. Cette relation est difficile à construire quand il existe déjà une relation dans un autre contexte basée sur l'amour et la sympathie alors que la relation professionnelle est basée sur la responsabilité et l'empathie (13) (17).

Quand le patient est également un proche du médecin, ce dernier a des obligations dans chacun des domaines de relations (22) . La relation amicale ou familiale implique le respect

de valeurs telles que : ne pas nuire, vouloir le bien-être, faire confiance, être loyal...la relation professionnelle repose elle sur d'autres obligations : utiliser les compétences médicales de manière appropriée, actualiser ses connaissances, être empathique...

D'après Chen (6), dans une profession qui met l'accent sur l'objectivité détachée et la recherche scientifique, la maladie d'un membre de la famille engendre une implication émotionnelle qui peut nuire à la pensée critique et au jugement sain. Dans le même temps, *« un investissement personnel dans le bien-être du patient peut motiver un certain degré d'intérêt aux détails et une attention humaniste qui pourraient être manquants ».*

Le risque est alors de faire du proche « un patient VIP » (23) c'est à dire un patient dont le comportement ou le statut a le potentiel d'influencer le jugement ou les actions d'un médecin. Ce qualificatif de « patient très influent » (Very Influential Patient en anglais) (24) correspond à tout individu dont les caractéristiques (quelles soient sociales, professionnelles, liées à la célébrité...) interfèrent dans sa prise en charge médicale. Cela peut s'exprimer au travers d'un accès aux soins facilité, une attention plus importante et davantage de moyens médicaux mis à leur disposition. Sont ainsi concernés les célébrités et hommes politiques mais aussi les médecins eux-mêmes, leurs familles et amis.

2.3 Aides à la réflexion

La complexité des situations et la diversité des positionnements rendent l'établissement de recommandations strictes impossible, mais plusieurs auteurs ont proposé de fixer des règles claires pour s'assurer de soigner leurs proches dans des conditions habituelles d'exercice (17).

En 1992, LA PUMA ET PRIEST (25) proposaient une série de questions qui permettraient d'amorcer un travail de réflexion lors d'une sollicitation médicale de la part d'un proche :

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

FROMME EK AND AL. ont établi en 2008 une classification (10) tenant compte du risque inhérent à l'implication du médecin dans la prise en charge d'un ami proche ou d'un membre de sa famille (annexe 1). Les situations considérées comme très risquées concernaient la prescription de médicaments psychoactifs ou non prescrits habituellement par le médecin traitant, la prescription et l'interprétation d'examens complémentaires, le fait de prendre des décisions sans impliquer le médecin traitant et le fait de coordonner les soins autour du proche. La conclusion de l'étude invitait les médecins concernés à se poser la question : « Qu'est-ce que je pourrais faire dans cette situation si je n'avais pas un doctorat en médecine ? », si la réponse apportée à la demande de soins nécessitait obligatoirement une licence médicale, il fallait alors se montrer très prudent pour abolir les conflits de rôles et pour éviter à la fois de nuire au patient et d'angoisser le médecin-proche (26).

EASTWOOD (4) suggérait une série de phrases type permettant de répondre à une demande médicale émanant d'un proche telles que : « Je préférerais que tu en parles à ton médecin...

je serais content de t'aider mais il faut que tu comprennes que je ne peux pas te soigner sans t'examiner... ».

Il émettait les recommandations suivantes (17) :

- Être clair dans les attentes de chaque partie
- Avoir la même expertise professionnelle qu'avec un autre patient
- Être conscient que l'examen clinique et les honoraires rendent la relation médecin patient légale
- Respecter l'autonomie et la confidentialité
- Anticiper d'éventuels conflits entre le rôle de proche-jugement émotionnel et le rôle de médecin-jugement professionnel

3.MATERIEL & METHODES

3.1 Type d'étude

Étudier et explorer les soins primaires dans toute leur complexité, nécessite de disposer de plusieurs méthodes de recherche et d'une multitude de techniques de recueil de données. La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement, elle ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données permettant une démarche interprétative (27).

Notre sujet explorant les émotions, sentiments, comportements et expériences personnelles des différents médecins interrogés, nous avons ainsi choisi de mener une étude qualitative.

3.2 Population

Nous avons interrogé 9 médecins généralistes recrutés dans l'entourage professionnel de l'enquêteur, à la fois par la méthode dite « boule de neige » (les personnes interrogées suggèrent d'autres personnes susceptibles de participer à l'étude (28)) et par celles des quotas afin d'obtenir un échantillon représentatif.

L'échantillonnage s'est fait selon le principe de variation maximale afin d'obtenir différents profils. Les variables jugées comme pertinentes ont été : le sexe, l'âge, la situation familiale, le nombre d'années d'exercice, la situation (rural/urbain) et le mode d'exercice (seul/groupe). Elles étaient obtenues lors d'un bref questionnaire quantitatif préalable à l'entretien (annexe 2), les résultats sont présentés sous forme de tableau (annexe 3). Le seul critère d'inclusion était d'être titulaire d'un diplôme de docteur en médecine générale.

D'après les données de la littérature, les sollicitations semblent plus importantes pour les médecins généralistes (1) qui sont souvent les premiers intervenants dans les situations de soins primaires. Notre étude a donc été faite uniquement auprès de médecins généralistes.

3.3 Grille d'entretien

Nous avons élaboré une grille d'entretien (annexe 4) à partir des données de la littérature. Cette grille a été préalablement testée auprès d'une connaissance de l'enquêteur afin de se familiariser avec l'outil. Celle-ci a servi de trame pour la réalisation d'entretiens semi-dirigés (questions à réponse ouvertes). Le déroulé des questions était respecté mais l'enquêteur pouvait approfondir certains sujets si les réponses s'y prêtaient, les médecins interrogés étaient également libres de faire part de leurs propres questionnements sur le sujet. Au fur et à mesure de l'avancée du travail, des informations obtenues et grâce à une meilleure maîtrise de la grille, les entretiens ont pu évoluer vers un mode conversationnel. Celui-ci a permis d'apporter un aspect davantage réflexif sur la question du soin aux proches au travers d'un échange de pratiques plus que d'un interrogatoire formel.

La grille a permis, dans un premier temps, de faire un état des lieux des difficultés ressenties par les médecins interrogés sur la question du soin à leur proches. Des modifications y ont été progressivement apportées au cours de l'étude afin de recentrer les entretiens sur la façon dont les médecins se positionnaient face aux sollicitations de leurs proches. La grille définitive (annexe 5) a été présentée aux médecins à partir du troisième entretien.

3.4 Mini Guide

Concernant l'élaboration d'un outil d'aide à la décision, nous avons initialement commencé par exposer aux praticiens les différents travaux retrouvés dans la littérature destinés à guider les médecins dans le soin à leur proches afin de recueillir leurs impressions générales sur le sujet. Le côté fastidieux de la lecture en fin d'entretien, nous a rapidement amené à réfléchir à l'élaboration d'un mini guide permettant de synthétiser quelques données de la littérature, notamment les recommandations émises par LA PUMA et PRIEST (25).

Le mini guide (annexe 6) a été présenté à partir du troisième entretien et n'a pas été modifié par la suite. Celui-ci a permis d'obtenir des réponses plus construites et personnalisées de la part des médecins, renforçant l'intérêt de cet outil.

3.5 Recueil des données

Le lieu du recueil s'est effectué selon le choix du médecin interrogé. Seul un des médecins a été interrogé à son domicile, tous les autres entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des personnes interrogées. La présentation du thème général s'est faite lors de la prise de contact. Les médecins étaient informés de l'intitulé exact du sujet en début d'entretien ainsi que des différentes étapes de l'entretien : questionnaire sur leurs caractéristiques générales, questions à réponses ouvertes puis présentation du mini-guide et recueil de leurs impressions.

Les données ont été enregistrées après accord de la personne interviewée, l'anonymat était garanti. La retranscription intégrale des données audios s'est faite manuellement, dans la même journée que l'enregistrement, afin de conserver l'atmosphère de l'entretien et de tenir compte des données non verbales observées dans le verbatim (ironie, sourires, approbation, hésitation...). La durée des entretiens allait de 12 à 32 minutes, la durée moyenne était de 17,8 minutes.

3.6 Analyse

Nous avons réalisé un codage axial des verbatims afin d'extraire différentes catégories ou sous-catégories, que nous avons ensuite regroupées en thèmes plus généraux. Les données ont été triangulées avec deux intervenants afin de confronter plusieurs visions et de s'assurer de la validité du travail. Nous nous sommes posé la question de poursuivre les entretiens, cependant les 9 médecins rencontrés ont permis d'apporter une quantité très importante d'informations et de positions différentes à exploiter, jusqu'à aboutir à une

saturation des données. Le fait d'apporter d'éventuelles données complémentaires ne nous a pas semblé ajouter un nouveau sens à ce qui avait déjà été conclu.

3.6 Éthique

Un avis auprès de la CPP et de la CNIL a été pris et n'a pas retenu d'indication à effectuer de déclaration pour notre recherche. En effet, celle-ci s'inscrit dans une évaluation des pratiques professionnelles sans collecte de données médicales précises et donc hors du champ de la loi Jardé régulant les recherches sur la personne humaine (29).

4. RÉSULTATS

4.1 Déterminants à prendre en compte dans la décision

4.1.1 La demande

a. Nature de la demande

Les demandes concernant des problèmes de santé bénins

De façon générale, les médecins interrogés semblaient enclins à soigner leur proches pour des demandes relevant de la « bobologie » : « *Il se fait une entorse, il y'a un vaccin à faire, une hémorroïde, des conneries comme ça.* » (M1). Cela leur paraissait même assez logique et pratique d'intervenir : « *Je veux bien voir mes filles pour de la pathologie aigue et éviter de courir chez le médecin.* » (M1).

Pour le suivi pédiatrique, les médecins s'impliquaient ponctuellement pour les pathologies classiques de la petite enfance : « *Pour une otite, une bronchite, je les soigne et il n'y a jamais eu aucun problème...* » (M1). Cependant le suivi systématique se faisait fréquemment chez un pédiatre, notamment pour les nourrissons : « *Quand ils étaient petits, leur maman préférait aller voir un pédiatre, c'était une grossesse gémellaire quand même...et puis à la limite pour les vaccins, autant les faire faire par quelqu'un d'autre (rires).* » (M2).

Les raisons invoquées étaient principalement le souhait d'apporter une évaluation par une tierce personne : « *Mes enfants, globalement je les amène chez le pédiatre une fois par an, pour que quelqu'un d'autre mette un œil dessus.* » (M6), ainsi que de proposer un interlocuteur médical extérieur : « *Je pense que c'est important qu'elles puissent avoir quelqu'un, par la suite, à qui elles pourront parler.* » (M1).

Ces demandes semblaient ne pas forcément poser de difficultés aux médecins interrogés : « *Des fois c'est facile de rendre service, de faire une ordo...ça peut être simple aussi.* » (M5),

il n'y avait pas de retentissement personnel : « *On me demande vite fait mon avis sur un truc, ça ne va pas forcément me pourrir le week-end, c'est vite fait...* » (M5) et cela pouvait même s'accompagner d'un sentiment de valorisation « *Quand on te sollicite, t'es un peu content quand même* » (M6), « *On est content de rentrer service* » (M5).

Finalement, la demande semblait acceptable quand elle était simple et sans conséquences : « *Moi mes parents ils sont en bonne santé, ils étaient au ski en janvier (rires)...ils seraient grabataires, ça serait plus compliqué parce que là, il y aurait une demande plus fréquente.* » (M2). L'âge et la multiplication des problèmes de santé semblaient faire prendre conscience aux médecins de la complexité de la tâche : « *Ils ont 70 ans, ils commencent à plus être tout jeunes...jusqu'à présent ils n'avaient rien mais là, je pense qu'elle a de l'HTA donc de temps en temps je lui prends la tension mais bon...ça devient compliqué !* » (M5).

Les demandes concernant des problèmes intimes, psychologiques ou les problèmes complexes relevant d'un avis spécialisé

La limite d'intervention pour la majorité des médecins concernait la sphère intime : « *Un problème gynéco, je serais assez mal à l'aise avec ma mère ou une autre personne de la famille.* » (M2), « *J'estime que c'est des choses qui ne me regardent pas...* » (M6).

Il en était de même pour les problèmes d'ordre psychologique : « *Par contre sur du plus compliqué, des problèmes psychologiques...c'est mieux d'aller voir quelqu'un d'extérieur.* » (M1). Pour d'autres, dès lors que la demande était formulée par le proche, il n'y avait pas de raison de la refuser : « *Je pense qu'à partir du moment où il y a une demande, c'est que les gens ont réfléchi et ils savent à qui ils vont poser la question.* » (M8).

Lorsque les proches relevaient d'une polypathologie complexe, les médecins interrogés ressentaient souvent le besoin d'en référer soit au médecin traitant du proche : « *Le protocole de 100%...je ne m'en occupe pas quand même, c'est son médecin.* » (M4), soit à un

spécialiste : « *Il y'a de la tension, des problèmes de reflux...un lymphome de bas grade... tu les adresses à des correspondants, tu passes la main.* » (M2).

Cependant, pour des problèmes de santé potentiellement graves, notamment lors de suspicion de pathologies cancéreuses, quelques médecins avouaient prendre facilement l'initiative « *Sur un truc grave, clairement, je vais être pénible parce que je sens bien que j'ai envie de mettre mon nez dedans* » (M6).

Les demandes concernant des problèmes urgents

Certains médecins avaient une position tranchée et ne s'autorisaient qu'à indiquer le degré estimé d'urgence au proche sans intervenir sur la prise en charge : « *Je peux donner un avis pour un truc plus urgent...s'il y a un critère d'urgence, un délai à respecter, mais ça finira toujours par un conseil d'aller voir quelqu'un d'autre à la fin quoi qu'il en soit.* » (M3).

A contrario, d'autres médecins se rendaient davantage disponibles en cas de problème aigu potentiellement urgent : « *Tu le vois rapidement alors qu'un patient classique, tu l'orientes vers SOS médecins ou autre...* » (M2).

La gestion d'une urgence pouvait procurer une angoisse liée à la peur de décevoir « *C'était un baptême, il y'a un oncle éloigné qui avait fait un malaise donc forcément...tout le monde se retourne vers toi...c'est moi qui ai régulé...* » (M3).

Les demandes pour des proches se trouvant à distance

Les médecins déploraient parfois que leurs proches fassent appel à eux alors qu'il leur était impossible d'intervenir « *Ben tu vas aux urgences, tu ne m'appelles pas pour me dire que tu craches du sang à 500 km...* » (M6). Ils ne s'autorisaient parfois qu'à donner un avis et renvoyaient à un médecin sur place « *Je donne des avis, évidemment...mais je conseille d'aller voir un médecin parce que c'est compliqué avec la distance* » (M7).

Lorsque les proches vivaient à l'étranger et avaient accès à un système de soins moins performant, l'avis de leur proche médecin permettait une expertise rassurante « *La dernière*

fois, elle est restée dix heures à l'hôpital, elle a été reçue par un médecin, il ne l'a même pas examinée...Ce n'est pas comme chez nous où on a une très bonne médecine » (M7).

b. Qui est à l'origine de la demande

Le plus souvent, une demande émanant d'un proche

Tous les médecins étaient d'accord pour souligner que la demande émanait le plus souvent du proche : « *Moi je ne me suis jamais proposée pour soigner quelqu'un de proche, ami ou autre, non jamais...c'est vraiment si on me demande.* » (M1), « *C'est leur demande, ce n'est pas moi qui vais les chercher...* » (M2).

La réponse à la demande n'était souvent pas la même en fonction du proche sollicitant. La proximité affective semblait être soit un frein : « *J'ai mis un veto pour soigner mes parents et ma sœur, c'était impossible pour moi, pour le manque d'objectivité, le côté affectif...* » (M1), soit une condition pour intervenir « *Par contre, les proches un peu lointains je me refuse à les soigner, et même à les examiner...* » (M3).

La profession du proche semblait également jouer une part importante dans la demande, notamment les proches issus du monde médical. Cela pouvait être au travers d'une exigence plus importante : « *Ma mère, ancienne infirmière, donc en plus pénible à soigner.* » (M6), d'une divergence d'opinion : « *Mon père est aussi médecin il peut y avoir aussi conflit (rires)* » (M1) ou bien d'un suivi médical aléatoire : « *Mon père il était chirurgien-dentiste, maintenant à la retraite donc il a toujours été mal soigné...On lui faisait une prescription comme ça à la volée...* » (M5).

Plus rarement, le médecin prenait l'initiative

Cela pouvait être pour réaliser une première évaluation sur un problème aigu et déterminer la conduite à tenir : « *Mes 3 filles particulièrement dans l'urgence ou dans le diagnostic de débrouillage au début, c'est moi qui vais le faire assez facilement...* » (M3).

Une raison invoquée assez fréquente était le constat du manque de suivi médical du proche et la nécessité d'intervenir : « *Mon compagnon-également médecin- il refuse de se faire traiter par un médecin en général (rires), je serais plus prête à le solliciter, lui faire une ordonnance par exemple pour une prise de sang... » (M3), « Mon père, dès qu'il a un truc, je vais facilement aussi m'en occuper parce que je sais qu'il ira pas voir le médecin tout de suite...il attendra de plus en pouvoir... » (M4).*

Lors de pathologies graves, le fait de prendre les choses en main pouvait provoquer un sentiment rassurant de maîtrise : « *Le fait de t'impliquer ça te permet aussi d'avoir le contrôle des choses...tu sais exactement où ça en est, c'est la contrepartie... » (M4), « Je me dis « il faut que ça bouge » donc je m'en occupe » (M6).* Les médecins considéraient que les moyens diagnostiques étaient plus rapidement mis en place que par l'intermédiaire du médecin traitant « *Si c'était passé par le médecin traitant, il aurait fallu attendre le courrier... je pouvais envoyer un sms à l'ORL et avoir une réponse de suite » (M4).*

Le médecin pouvait également être à l'initiative de la demande lorsque le problème du proche rentrait pleinement dans son domaine d'action, et ainsi le faire « profiter » de son expertise : « *Ma belle-mère qui avait un petit problème de médecine du sport, je lui ai dit que si elle voulait, j'étais à sa disposition...je ne suis pas son médecin traitant mais là c'était dans mon domaine de compétences. » (M9).*

Médecin malgré eux

Les médecins pouvaient ressentir un sentiment ambivalent face à ce besoin d'intervenir « malgré eux ». Leur regard professionnel pouvait les impliquer sans même qu'ils en soient conscients : « *Il y'a tellement d'automatismes, je peux faire de la médecine sans m'en rendre compte » (M5), en observant des choses inquiétantes chez leurs proches : « Ma mère, c'est*

une anxieuse, peut-être un peu dépressive, ça ne vient pas d'une sollicitation de sa part d'emblée, elle ne s'est jamais plainte d'angoisse ou autre...mais c'est moi qui ressens qu'il faut qu'elle fasse quelque chose. » (M5).

c. Comment se fait la demande

De façon informelle lorsqu'elle vient du proche

Tous les médecins décrivaient une demande survenant de façon informelle et non officielle, se faisant le plus souvent dans un cadre familial convivial : *« La demande, c'est toujours en fin de repas... entre la poire et le fromage « tiens au fait, j'ai mal à l'estomac, tu peux me noter un truc ? », c'est difficile de cadrer. » (M5), « Ils appellent le dimanche où on va manger et ils me demandent d'apporter la mallette, donc on fait le tour, de ceux qui ont la bronchite, l'asthme ... » (M7).*

Le support téléphonique semblait être très fréquemment utilisé : *« Comme ils ne sont pas sur place, ils me téléphonent « voilà, ta mère elle a ça, je t'envoie la photo, qu'est-ce que t'en penses ? » » (M6).* L'utilisation de ces nouveaux moyens de communication pouvait susciter un sentiment d'absurdité chez le médecin *« Ma mère qui est au Canada, elle me montre par Skype son épaule, son genou (rires). » (M7),* renforçant le sentiment de participer à *« Une espèce de télé-médecine un peu bizarre » (M3).*

Paradoxalement, si les médecins semblaient déplorer cet accès informel *« Le truc gravissime, enfin, si je ne suis pas sur place, que je ne peux pas intervenir, ça ne sert à rien de m'appeler quoi... » (M6),* la réalisation d'un suivi classique au cabinet leur paraissait également irréaliste.

Cela pouvait s'expliquer par un souci de pudeur : *« Je ne me vois pas poser mon père sur la table d'examen, lui faire un examen neuro, lui poser des questions sur sa prostate... » (M6),* par la crainte d'une certaine pression de réussite *« Y'a comme une obligation de résultats en fait que t'aurais pas forcément avec d'autres personnes. » (M3)* ou la peur que l'émotion

l'emporte sur l'objectivité : « *Même s'il m'avait dit simplement « j'ai besoin de te voir en consultation », j'aurais flippé à mort quand même, il n'y avait pas de bonne solution... » (M6).*

De façon officielle lorsqu'elle vient des amis

Globalement, la relation de soins avec les amis semblait poser moins de problèmes devant l'absence de confusion des rôles : « *On est vraiment dans une relation de soin, on va chez le médecin et pas chez la copine ! » (M1).* Cela pouvait s'expliquer par d'une implication affective moindre par rapport aux membres de la famille : « *Globalement pour les amis, moi je trouve que ça se passe bien en général, l'affectif entre moins en jeu que pour la famille » (M1).*

La plupart des médecins notaient que leurs amis consultaient au cabinet la majorité du temps : « *Mes amis sont des patients comme les autres, ils prennent un rendez-vous, ils me payent à la fin de la consultation, la seule différence c'est qu'on se fait la bise avant et après. » (M9).*

Le proche était alors considéré comme un patient classique, les conditions de l'examen s'appliquaient de la même façon : « *Si un copain vient me voir parce qu'il a mal au dos ou qu'il s'est fait une cheville, oui je vais l'examiner, je vais me poser les mêmes questions que pour un autre... » (M2), « Je les soignerais exactement de la même façon qu'un autre, ni plus ni moins » (M9).*

Si le secret médical était assuré : « *Je suis très discret sur ce qu'ils ont...j'ai eu à aborder des questions intimes et ça n'a pas posé problème... » (M9),* il pouvait parfois être pesant : « *Les deux communiquaient avec moi séparément par sms, ça a entraîné un conflit entre eux, ce qui n'a pas forcément été simple à gérer pour moi...elle restait fixée sur l'insuffisance rénale de son mari, un peu dans le déni, et lui à côté qui admettait son problème d'alcool... » (M1).*

Même lorsque la relation de soins semblait clairement établie la plupart du temps, certains médecins pouvaient avoir à l'esprit ses répercussions éventuelles sur la relation amicale :

« Des fois, tu pourrais te dire « si je foire avec lui, je fous en l'air vingt ans d'amitié » ...ça m'est arrivé d'y penser après, une fois ou deux, la nuit. » (M9).

Cas où le médecin est à l'origine de la demande

Dans les cas où le praticien était à l'origine de la demande, celle-ci se faisait de façon diverse en fonction du contexte.

Lorsque le médecin était à même de prendre en charge une pathologie spécifique chez un proche, il pouvait simplement suggérer cette possibilité d'apporter une aide, la difficulté était alors de proposer sans imposer : « C'est moi qui me suis des fois proposé, mais...sur la pointe des pieds ! » (M9). Dans le cas de problèmes aigus et lorsque le contexte s'y prêtait (vacances, weekends etc...), les médecins pouvaient logiquement proposer leur service : « Elle était avec nous en vacances et elle a fait une grosse surinfection bronchique donc je lui ai marqué des antibiotiques et forcément, c'est moi spontanément qui lui ai proposé de le faire... » (M6).

Lorsque la situation médicale était potentiellement grave ou urgente, les médecins pouvaient faire preuve d'un certain autoritarisme : « Quand il y'a eu sa suspicion de cancer du poumon, je lui ai carrément dit, si c'est ça tu viendras te faire soigner ici et je gèrerais. » (M6), notamment lorsque le proche était peu impliqué dans sa santé : « Un jour je lui ai dit « ça suffit je te prends le rendez-vous et tu y vas... » au final il s'est retrouvé avec un mélanome... » (M4).

d. Raisons de la demande

Une demande naturelle

Bien souvent, la demande était perçue par les médecins comme un automatisme : « On ne s'est même jamais posé la question hein, ça s'est fait naturellement. » (M7).

L'origine de la demande remontait fréquemment au début des études médicales : « *S'ils avaient besoin, s'ils étaient malades...une crève, une vaccination...c'était moi, le fils, qui faisait.* » (M2). Elle s'inscrivait dans une routine bien établie : « *La vie passe et le jour où y a un problème...c'est moi qui suis là le soir !* » (M1).

Obligation et fatalisme

Certains médecins faisaient preuve d'un certain fatalisme, une réponse négative n'étant tout simplement pas admise par le proche : « *On te demande une prescription, tu n'as souvent pas le choix, quelle que soit la personne, tu es un peu obligé de la faire si tu la connais bien !* » (M4). La possibilité de réfléchir à la demande semblait ne pas avoir été permise : « *Après si j'avais eu le choix, je ne sais pas comment j'aurais réagi...mais je n'ai pas eu le choix en fait !* » (M7).

Les médecins pouvaient faire part d'une position un peu ambiguë, renforçant la légitimité de la demande de leurs proches : « *Ils sont obligés en fait, ils ne voient pas comment faire autrement pour l'instant, y'a pas d'alternative...à chaque fois je les engueule, ils le savent... pourtant ça serait simple d'aller voir un médecin...* » (M5).

Au sentiment d'obligation « *C'est dur parce qu'ils te demandent, et toi, tu ne peux pas leur dire non.* » (M4) se mêlait parfois la difficulté à orienter vers un confrère « *C'est vrai qu'en étant seul au cabinet, c'est plus difficile de les envoyer ailleurs, même s'ils pourraient aller plus près de chez eux...* » (M2), « *J'essaie à tout prix de lui trouver un médecin, j'en parle à a des collègues, je galère un peu avec ça...* » (M5).

La facilité

Le fait de passer par le proche médecin permettait un accès facilité aux conseils médicaux : « *Forcément, c'est plus simple d'envoyer un message, une photo, passer un coup de fil...* » (M3), aux ordonnances : « *Ils ont une conjonctivite, ils me demandent si je peux*

envoyer par fax un collyre. » (M7), aux examens complémentaires : « Ils se disent qu'on se connaît bien et que peut-être je pourrais les aider à faire certains examens si besoin. » (M2) et aux spécialistes : « Je les enverrais voir les bonnes personnes... » (M4).

Le fait d'avoir tout le temps un médecin à leur portée permettait d'éviter la contrainte (de temps, financière...) d'une consultation médicale *« Ils ont un médecin sous la main en permanence en fait ...et c'est tellement facile « J'ai vu une tache là, est ce que tu peux regarder ? » » (M7).*

Ces sollicitations à répétition pour des demandes anodines, pouvaient déplaire aux médecins qui se comparaient à des « distributeurs » d'ordonnances : *« Mes beaux-parents, à un moment ils abusaient un petit peu...c'était plus le côté pratique « on me fait une ordonnance, je n'ai pas besoin de consulter, je ne me fais pas examiner, j'ai ce que je veux et je passe commande quoi ! » (M6).*

Faire appel à son proche médecin permettait également de décoder le jargon médical parfois obscur : *« Mon père qui m'appelle, il ne comprend rien... il me dit « opacité spiculée » sur le scanner...euh oui ! » (M6) ainsi que de contourner le parcours de santé classique afin d'accélérer la démarche de soins : « C'était plus facile en fait, que s' il y'avait eu simplement le médecin traitant... » (M4).*

L'implication et la disponibilité

Les médecins reconnaissaient que leur implication pouvait être plus forte lorsqu'il s'agissait de prendre en charge leurs proches : *« C'est des gens qui pourront m'appeler plus facilement, en dehors des heures de consultation » (M2).*

Cela pouvait inciter le proche à les solliciter : *« On fera certainement plus d'efforts pour un ami, un proche...qu'un patient lambda. » (M2) aussi bien en semaine qu'en dehors des horaires de travail : « S'ils m'appellent un peu en catastrophe, je les vois plus vite, il m'est arrivé de descendre le dimanche ou le samedi ici pour les voir. » (M9).*

Désacraliser la consultation médicale

Selon les médecins, le fait d'être sollicité par son proche pouvait être un moyen de faire du suivi médical un moment plus agréable qu'une consultation classique : « *C'est plus sympa pour eux de voir un médecin qu'on connaît pour discuter de rugby, de pêche ou de chasse en même temps (rires).* » (M9).

Cela pouvait permettre de rassurer le proche, notamment lorsqu'il existait une anxiété en rapport avec la santé : « *Elle a la phobie du médecin...elle ne fait pas les mammos, les hémocult...* » (M4).

La confiance

La confiance exprimée par le proche envers le médecin était un élément essentiel dans l'origine de la demande : « *Je serais à moitié neuneu, je ne suis pas sûr qu'ils viennent me voir (rires)* » (M2), « *Ils voient et puis s'ils ont confiance, ils restent !* » (M9). Les médecins pouvaient confirmer cette notion de confiance en faisant un parallèle avec leurs propres expériences médicales : « *J'ai mon meilleur ami qui est chirurgien, c'est lui qui me posera ma prothèse de genou, parce que ça lui pose aucun problème de m'opérer, il est sûr de lui et moi j'ai confiance.* » (M9).

Le suivi des études médicales et le rituel de la thèse renforçaient ce sentiment : « *Ils ont vu tout le parcours, la plupart ont assisté à la thèse, du coup ça a un côté un peu rassurant je pense.* » (M3).

Le médecin pouvait également être sollicité pour un deuxième avis alors même que le problème avait été abordé avec le médecin traitant « *Ça m'arrive aussi d'avoir des amis qui ont des médecins traitants et qui m'appellent pour avoir un avis.* » (M8).

L'échec de la relation avec le médecin traitant du proche

Selon les médecins, une des raisons essentielles expliquant la sollicitation du proche, était la défaillance de la relation avec son médecin traitant.

Cela pouvait être pour un problème de confiance : « *Elle m'a appelée parce qu'elle n'a pas vraiment confiance en son médecin, elle savait que j'allais l'adresser à des personnes de confiance...* » (M4), ou relationnel : « *Je pense qu'il y a pas mal d'anxiété, ça ne se passe pas super bien avec son médecin traitant et elle n'ose pas le quitter.* » (M5).

Méfiance

Certains médecins s'investissaient dans la prise en charge de leurs proches après avoir vécu une expérience traumatisante dans le passé, ayant abouti à une certaine méfiance envers le corps médical « *Ma fille, elle avait deux ans et demi, elle a fait une méningite...j'ai fait appel à plusieurs médecins, chacun y allait de son diagnostic jusqu'au jour où je l'ai emmenée en pédiatrie en leur disant « faut lui faire une ponction lombaire, elle a des vomissements neurologiques, c'est une méningite » et c'était bien ça...* » (M7).

Le besoin d'intervenir pouvait également être motivé par le manque de confiance envers le médecin traitant du proche : « *A un moment, mes parents, ils avaient quelqu'un d'assez nul...là c'est vrai que je regardais plus, je n'avais pas confiance.* » (M6).

4.1.2 Relation affective & relation de soins

a. Un lien affectif préexistant qui joue sur l'objectivité

Les médecins avaient conscience que la proximité affective avec leurs proches avaient une influence sur leur façon d'agir : « *Je prends en considération tout ce que je connais de la personne, du coup...ben ça biaise tout...* » (M3).

Le jugement pouvait être faussé par la trop grande connaissance des caractéristiques du proches « *Par exemple, quelqu'un va être moins réactif à la douleur, du coup je vais le prendre*

en considération alors que d'habitude j'aurais fait différemment... il y a tout qui est faussé » (M3) ainsi que de son environnement social et familial : « Les proches, on connaît très bien leur vie, leur famille... » (M1).

Le médecin pouvait ressentir le besoin de rassurer son proche à tout prix : *« Je vais avoir tendance à dire « Non, ne t'inquiète pas, il n'y a pas grand-chose », donc je n'irais pas forcément au bout de ce qu'il faudrait faire, ce qu'on irait peut-être faire avec d'autres patients. » (M1).*

Au contraire il pouvait négliger la plainte : *« Leur dire « aller c'est bon, arrête de te plaindre, ce n'est pas méchant » et passer à côté d'un truc... » (M4).*

Le compromis entre ces deux versants semblait difficile à trouver : *« C'est difficile de trouver le juste milieu, tu n'es pas objectif en fait...pas du tout ! » (M4).*

Certains reconnaissaient que ce manque d'objectivité leur interdisait même de prendre en charge leurs proches : *« Parce que je pense que je suis incompétente (rires)...pour les proches ! » (M3), au risque de devenir un mauvais professionnel de santé : « Pour le coup je vais être un mauvais médecin et c'est nul pour eux...donc je pense qu'il vaut mieux qu'ils soient suivis par quelqu'un d'autre... » (M6).*

Pour d'autres, ces considérations pouvaient devenir secondaires lorsque l'affectif prenait le pas : *« Je savais quand même qu'il fallait que j'avance les choses donc bon...c'est mon grand-père quoi...je ne peux pas laisser ma grand-mère toute seule... » (M4).*

Cependant, les médecins reconnaissaient que la grande connaissance du proche et l'observation de ses symptômes au quotidien, pouvaient parfois permettre une prise en charge plus adaptée : *« Je vivais avec elle au quotidien, je voyais bien que ça n'allait pas quoi ! Et les mamans souvent elles le disent parfaitement ça, elles voient très bien quand ça ne va pas. » (M7).*

b. Un sentiment de confusion des rôles

Beaucoup de médecins ressentaient ce sentiment de confusion des rôles, en rapport avec leur double statut de médecin et de proche.

Les proches pouvaient émettre des doutes sur la crédibilité du proche médecin : « *Il pense qu'il n'a pas affaire à un professionnel de santé.* » (M1) et remettre en question certaines décisions : « *Être le médecin et la belle-mère, ce n'est pas évident, j'ai trouvé que c'était beaucoup plus facile que ça soit quelqu'un d'étranger, qu'elle écoutera peut-être plus.* » (M7).

Certains médecins notaient que le regard de leurs enfants sur le monde médical pouvait être biaisé, comme ce médecin qui questionne son fils sur son orientation professionnelle : « *« Non ! Médecine, ça ne me dit rien, de toute façon je ne sais pas ce que c'est qu'un vrai médecin » (rires), parce qu'il n'a pas vraiment vu de médecin, il a vu son père !* » (M2). Le rapport aux parents paraissait également complexe, les médecins semblaient partagés entre attitude autoritaire « *Il a eu un mélanome aussi, c'est moi qui l'ai envoyé voir le dermatologue...un jour je lui ai dit « ça suffit je te prends le rendez-vous et t'y vas quoi !* » » (M4) et pression de réussite « *C'est eux qui t'ont payé tes études...il y'a comme une obligation de résultats* » (M3), d'autant plus si le proche travaillait dans le domaine médical : « *Mon père est aussi médecin donc ça fait qu'il peut y avoir conflit (rires)* » (M1).

Les médecins semblaient parfois avoir du mal à dissocier leur évaluation médicale de professionnel et leur implication émotionnelle de proche : « *Et là, ma petite elle a fait une gastro...c'était chaud, parce qu'elle ne buvait plus, je la voyais un peu apathique :*

je l'emmène aux urgences, je ne l'emmène pas, est ce que je tarde trop ? » (M4).

Si le mélange des genres était présent à l'esprit de la plupart des médecins, certains le contournaient en affichant une attitude professionnelle : « *Récemment j'ai vu l'ancien copain de ma fille, j'étais à ce moment-là son médecin traitant, ça c'est très mal fini entre eux, elle ne*

veut plus en entendre parler... et lui est venu, il m'a dit « mais vous êtes encore mon médecin traitant » ... et j'ai été professionnel ! » (M9).

c. Une plus grande confiance, mais aussi une remise en question plus facile

Pour les médecins, la confiance ressentie à leur égard par leurs proches était un élément clé dans cette demande de soins : *« Je pense qu'objectivement, je reste un bon médecin et voilà, ils ont confiance en mon avis » (M6).*

Le fait de s'en remettre à un proche médecin permettait d'être orienté vers des correspondants fiables : *« Si besoin, je les enverrais voir les bonnes personnes...alors, leur médecin enverra aussi mais, c'est toujours de la confiance après » (M4).*

Paradoxalement, certains médecins décrivaient un sentiment de remise en question de la part de leurs proches, plus fréquent que chez leurs patients classiques : *« J'ai l'impression que ce je propose en traitement ou en diagnostic, c'est systématiquement remis en cause. » (M1)* jusqu'à créer le doute et les amener à prendre un avis extérieur : *« J'ai même été amenée à prendre un avis auprès d'un spécialiste pour lui confirmer que ce que j'avais proposé, c'était bien ça ... pour le coup, ça l'a conforté d'avoir l'avis d'un expert extérieur » (M1).*

d. Une grande exigence mais une compliance moindre

Les médecins semblaient considérer que leurs proches avaient un niveau d'exigence plus élevé que leurs patients classiques : *« S'ils ont de la fièvre et que je ne peux pas passer, je leur dis de prendre du paracétamol... je sens que ce n'est pas la réponse qu'ils attendaient. Ce qu'ils veulent, c'est que je puisse être là...ils ont beaucoup plus d'exigences quand ils sont malades. » (M2).*

Les résultats devaient être obtenus plus rapidement : *« Si tu ne leur donnes pas d'antibiothérapie mais qu'ils en ont besoin dans un second temps, ils vont penser que tu t'es trompée et ça, ça me gêne, ça me ferait mettre les antibiotiques de suite... il y a cette nécessité*

d'avoir une réponse immédiate...et comme ils passent en plus par un service un peu dérivé, ils vont vouloir accéder directement aux soins les plus efficaces... » (M3).

Cela pouvait s'expliquer par une ignorance des limites de la médecine : *« Eux ils pensent que l'opération c'est magique...la piqûre c'est magique...pour eux la médecine c'est simple, tu vas chez le docteur, tu dois ressortir avec un diagnostic juste » (M2).*

Si les sollicitations de tout ordre étaient fréquentes, les médecins regrettaient parfois un manque de compliance et une mauvaise observance de leurs proches : *« On a de gros soucis de compliance aux traitements (rires). » (M1).* Cela pouvait parfois être ce qui avait poussé le médecin proche à intervenir : *« Dans la mesure où ils ne font rien pour leur santé, des fois c'est à mon initiative. » (M5).*

Le fait d'avoir un accès facile et rapide aux soins, semblait finalement rendre le suivi médical aléatoire : *« Mon père, c'était les copains médecins qui faisaient des ordos comme ça...il n'a jamais eu vraiment de médecin traitant » (M5).*

Face à une certaine négligence médicale : *« Je sais qu'il n'ira pas voir le médecin tout de suite...il attendra de plus en pouvoir... » (M4)* se mêlait parfois une forme de déni ressenti par les médecins chez leurs proches : *« « Mes parents c'est toujours « oui, oui tout va bien » ... » (M2).* Cela pouvait parfois s'expliquer par une anxiété latente *« Et puis voilà, elle a la phobie du médecin...elle fait pas les mammos, les hémocult et compagnie » (M4).*

Il pouvait y avoir un sentiment, parfois vécu comme une contrainte, de devoir « mater » ses proches : *« Mon père a eu un suivi pour des polypes avec la colo tous les 5 ans, ben faut que je le rappelle à l'ordre, c'est sûr que ce n'est pas lui qui va me le dire. » (M2).*

Parfois, les médecins notaient avec agacement que la réponse fournie à la sollicitation pouvait ne pas être suivie par le proches : *« Effectivement avec ma crème ça a disparu, avec les antibiotiques prescrit par leur médecin non...bah ouais forcément...donc ça, ça m'a saoulée et je leur ai dit « si c'est pour faire ça, ce n'est pas la peine » » (M6).*

Cela pouvait être un élément dissuasif pour les prochaines demandes : « *Deux jours avant, il m'avait dit « je n'y vais pas je vais annuler », ben dans ce cas-là, tu viens plus me parler de quoi que ce soit, d'ordonnances ou quoi, je ne te ferai plus rien* » (M4).

e. Des conditions techniques & pratiques plus ou moins appropriées

Les médecins remarquaient que la relation médicale avec leur proche se faisait rarement dans un cadre propice aux soins « *Je ne vais pas être forcément très formelle sur le cadre...j'ai souvent la mallette dans la voiture donc si je suis chez eux et qu'ils me demandent d'examiner ou une prise de sang, je vais le faire sans problème...* » (M1).

La demande survenait fréquemment de façon impromptue à l'occasion d'un événement familial ou amical : « *C'est toujours une fin de repas, un truc un peu informel, y'a plein de monde donc c'est dur d'officialiser un entretien...* » (M5).

L'examen médical était rarement effectué dans les conditions optimales, pour des raisons techniques : « *Ma grand-mère a eu une sciatique...je l'ai examinée dans le salon, toujours un peu à l'arrache...* » (M4), « *Je prends l'initiative de quand même mettre un truc en place mais derrière, y'a pas d'examen donc je me retrouve avec des enfants qui sont traités sans être examinés...* » (M3) ou de pudeur « *C'était un problème d'hémorroïde (rires)...il souhaitait pas forcément que je l'examine correctement* » (M1), pouvant même aller jusqu'à donner une impression de « *Médecine un peu vétérinaire* » (M1).

Cependant, lorsque la situation l'exigeait, pour des raisons techniques ou à la demande du médecin, le proche se déplaçait : « *J'ai fait des échos à ma fille qui avait des surveillance de nodules de thyroïde, ça se fait ici, bien évidemment.* » (M9).

f. La délicate question du règlement

La question du règlement semblait fréquemment poser problème. La proximité avec le proche pouvait le rendre inconcevable : « *Je suis la marraine d'un de ses fils donc je ne vais quand même pas faire payer mon filleul (rires), c'est comme de la famille et la famille je ne fais pas payer* » (M1), « *Il y'a des gens avec qui on n'a pas envie d'avoir un rapport financier* » (M5).

Alors même que la relation de soins ne posait aucun problème, il pouvait y avoir un embarras à faire payer son proche : « *Là où je suis plus gêné, paradoxalement, c'est dans l'aspect pécuniaire...je n'ose pas faire payer, comme quoi c'est bête hein, c'est accessoire !* » (M9).

Cependant, certains médecins reconnaissaient que le paiement permettait d'officialiser la relation de soins « *Le fait qu'ils viennent sans payer...on n'est pas dans une relation de soins normale...ils peuvent être gênés, ils ont l'impression d'être là en plus de mon travail normal, donc il y a une réticence des fois à me consulter.* » (M5).

En conséquence, le tiers-payant pouvait être évoqué comme une solution : « *Ça simplifierait peut-être tout ça, je ne sais pas...* » (M5), « *Maintenant qu'il y a le tiers payant, y'a bien longtemps que je l'utilise !* » (M9).

4.1.3 Conséquences de la demande

a. Positives

Gain de temps, aspect pratique et facilité d'accès

Les médecins reconnaissent que répondre à la demande permettait de limiter les efforts entrepris pour consulter un confrère : « *Ça m'éviterait la perte de temps, d'appeler cent fois le pédiatre pour arriver à avoir une consult' une semaine après, pour qu'au final il ne se passe rien...* » (M3), « *Éviter de courir chez le médecin* » (M1).

Lorsque la demande dépassait le domaine de compétences du médecin proche, il y avait une facilité d'accès aux spécialistes : « *Faut se dire que c'est un peu l'avantage de la profession aussi, on peut facilement avoir accès à des collègues pour déléguer...* » (M2).

Les médecins pouvaient mettre à disposition des moyens diagnostiques plus rapides que si le proche avait suivi le parcours classique auprès du médecin traitant : « *C'est moi qui ai appelé le pneumo, le radiologue qui avait fait le scanner pour qu'il le relise au niveau osseux, qui me dise si oui ou non il y avait des métastases.* » (M6). Ils avaient bien conscience des obstacles auxquels pouvaient se heurter leurs proches : « *On sait qu'il faut 6/8 mois pour avoir des rendez-vous avec des spécialistes.* » (M9).

Contrôler pour se rassurer

L'implication affective poussait parfois à prendre le contrôle des événements : « *Quand c'est ton père ou ta famille vraiment très proche, t'as envie d'être averti tout de suite et de maîtriser un peu le truc... tu sais exactement où ça en est, c'est la contrepartie...* » (M4).

Ce sentiment de maîtrise permettait également de diminuer l'anxiété réactionnelle au problème de santé du proche : « *Moi le vendredi j'avais fait relire le scanner au radiologue, bon finalement c'était rassurant...ça nous a quand même permis de passer un meilleur week-*

end, que de se dire « elle va mourir dans trois mois » ! » (M6), « Ça me rassurait... le résultat de l'anapath, le moment où l'ORL l'a reçu, il m'a envoyé un message... » (M4).

Satisfaction de rendre service et renforcement de la relation avec le proche

Les médecins pouvaient être heureux d'apporter un soutien médical à leur proche dans des épreuves douloureuses : « J'étais contente que ma grand-mère s'adresse à moi aussi, qu'elle ne porte pas ça toute seule... elle a 80 ans... elle voulait clairement que je la rassure... » (M4).

Le fait d'être sollicité pouvait procurer un certain plaisir « T'es un peu content quand même, ça te fait quand même plaisir... » (M6) et apporter une sentiment agréable et valorisant de service rendu « Des fois c'est facile de rendre service, de faire une ordo... ça peut être simple aussi. » (M5).

S'investir dans une relation de soins pouvait renforcer la complicité entre le médecin et son proche, notamment lorsque le secret médical entraînait en jeu : « J'ai un ami comme ça, en dépression et qui avait commencé à boire... c'est quelqu'un de très proche et on fait des belles beuveries ensemble, on se jetait un petit regard de temps en temps mais personne n'a rien su. » (M9).

b. Négatives

Le soin vécu comme une contrainte

Les médecins pouvaient regretter que le fait de prendre en charge leurs proches ait un retentissement en dehors du cadre professionnel : « Faut compter une grosse prise de temps personnel, ce qui peut être un peu pénible à la maison pour le reste de la famille. » (M1), leur donnant l'impression de « Travailler en dehors des heures de travail. » (M1).

En négligeant sa santé, le proche pouvait mettre le médecin dans une situation de double contrainte, le poussant à agir indépendamment de sa volonté : « *Dans la mesure où ils ne font rien pour leur santé des fois c'est à mon initiative* » (M5).

Conséquences sur la relation préexistante

Le sentiment de confusion des rôles pouvait mettre mal à l'aise les médecins : « *Je me retrouvais à devoir gérer le conflit du couple en même temps que le problème d'alcool.* » (M1) et perturber le schéma relationnel préexistant. L'implication médicale pouvait même avoir des conséquences néfastes sur la relation préexistante : « *Ce n'est pas du bon soin et ça nuit à notre couple* » (M1). La confidentialité pouvait également être difficile à supporter : « *Elle m'avait dit de n'en parler à personne d'autre, il n'y a qu'à moi qu'elle en avait parlé donc c'était compliqué... surtout de mentir à mon père !* » (M4). Dans le cadre familial ou amical, le fait de s'impliquer dans la santé de certains proches plus que d'autres pouvait générer des situations conflictuelles : « *Ma mère c'est une personnalité particulière... si je refuse elle me dira « de toute façon tu t'occupes que de ton père », limite du chantage affectif...* » (M4).

Interférence avec le médecin traitant du proche

Les médecins pouvaient être gênés à l'idée d'interférer avec le médecin traitant du proche : « *Je n'étais pas très à l'aise de switcher le médecin traitant comme ça* » (M4), notamment lorsque l'administratif entrait en jeu : « *Derrière y'a eu le protocole de 100%, tout ça, je ne m'en occupe pas quand même, c'est son médecin ...* » (M4).

Certains médecins reconnaissaient que la situation inverse leur procurerait un sentiment désagréable : « *Il m'est arrivé de soigner des proches de médecin, avec des confrères qui avaient interféré dans le traitement, ce n'est pas agréable... ils n'ont pas forcément tous les éléments...* » (M5).

Plus rarement, c'est le médecin traitant qui en référerait au proche médecin : « *Mais des fois aussi, lui sait que je suis médecin donc de temps en temps il dit « vous pouvez voir avec votre fille » ... ça m'agace... » (M6).*

Charge émotionnelle

Le soin d'un proche pouvait perturber la rationalité du médecin par sa trop grande implication affective : « *Je lui avait fait faire une électrophorèse des protéines et il y avait un pic ou je ne sais pas quoi et là, je me suis mise en larmes, je me suis dit « ça y'est, il a un lymphome » ... j'avais déjà appeler un hémato (rires)... » (M4).*

Le fait d'être parfois le seul intervenant dans la prise en charge du proche pouvait conférer une responsabilité pesante au médecin : « *C'est hyper angoissant d'avoir ça sur les épaules et de te dire que, ça dépend aussi de toi, si t'envoies à tel ou tel médecin... » (M4),* pouvant même entraver son activité professionnelle habituelle : « *Devoir aller bosser pour voir des petits rhumes ou des trucs comme ça alors que ta propre famille, ils ont des soucis bien plus graves, c'est pas évident... » (M4).*

La connaissance médicale pouvait rendre plus difficile le vécu de la pathologie d'un proche : « *Quand je pensais vraiment que ma mère avait une récurrence de cancer du sein, j'ai cru un moment qu'elle avait des ganglions... dans ma tête, le pronostic il était fait... je l'ai faite mourir un nombre incalculable de fois ma mère (rires) » (M6).* Les symptômes décrits par les proches pouvaient être analysés de façon plus anxiogène que pour un autre patient : « *Avec nos proches on peut penser à milles et unes choses, ça peut être lourd à porter... » (M7).*

Crainte d'être un mauvais « médecin-proche »

...Liée aux conditions techniques et pratiques de la « consultation »

Les médecins faisaient part d'un cadre peu conventionnel lorsqu'ils prenaient en charge leurs proches : « *C'est sûr que quand tu vois les gens chez eux, sur le canapé, sans mallette...euh voilà...(rires) ou qu'on te demande un traitement pour le petit qu'a peut-être une otite. » (M1).*

La crainte de méconnaître un diagnostic par un examen insuffisant était cependant présente : « *Je ne l'examine peut-être pas assez à fond* » (M1), « *Si je le fais, je vais les examiner à moitié, pour le coup je vais être un mauvais médecin et c'est nul pour eux* » (M6), parfois jusqu'au sentiment de culpabilité : « *Un certificat médical pour le sport...alors soit tu le fais comme ça, tu ne l'examines pas mais s'il y a un infarct'...tu vas t'en vouloir toute ta vie* » (M2).

Certains médecins constataient qu'ils pouvaient avoir une attitude ambivalente, partagée entre l'envie de ne pas interférer et la crainte de négliger le problème : « *Je prends l'initiative de quand même mettre un truc en place mais derrière, il n'y a pas d'examen donc je me retrouve avec des enfants qui sont traités sans être examinés... ça, pour le coup, je pense que c'est une grosse erreur et là où je veux essayer d'éviter les couacs, en fait je vais les provoquer...* » (M3).

...Liée à la pudeur/confidentialité

Certains médecins s'interrogeaient sur le besoin que pouvaient ressentir leurs proches de se confier à une personne extérieure : « *Peut-être qu'ils auraient eu besoin de parler de certaines choses pour lesquelles ils n'ont pas osé parler avec leur père, ça c'est possible* » (M2).

Les questions intimes ou d'ordre psychologique pouvaient mettre mal à l'aise le médecin : « *Par rapport à la famille, de ne pas oser dire certaines choses...* » (M2) ou faire entrave à l'examen clinique : « *Il ne souhaitait pas forcément que je l'examine correctement* » (M1).

Le fait de prendre en charge certains proches sans en référer au cercle familial ou amical au nom du secret médical pouvait générer des situations délicates : « *Je soigne des amis de ma femme, elle l'apprend bien plus tard, elle ne le sait pas...ça pose même des fois des problèmes ! Elle voit une copine « ah, ton mari tu sais qu'il a vu mon fils ? », et elle n'est pas*

courant. Je ne lui dis pas, d'abord pour pas la mettre en porte à faux et parce que c'est un principe de base, le secret médical il est pour tout le monde » (M9).

...Liée à la peur de mal faire

La peur de mal faire était dans l'esprit de chaque médecin. Cela pouvait d'ailleurs être un motif de refus face à une demande : *« Quand vraiment je sentais que j'allais offrir une prise en charge complètement bancaire ou qui n'allait pas suffire, je leur ai dit... » (M5).*

La crainte pouvait être de ne pas parvenir au même résultat qu'avec un patient lambda, pour un acte technique banal comme une suture : *« Et puis si je le fais le menton et l'œil de travers ...la maman n'aurait pas été très contente (rires), elle m'en aurait voulu toute sa vie. » (M2),* ou pour organiser la prise en charge adéquate autour du proche : *« Est-ce que je l'envoie aux bonnes personnes, est ce que je fais les examens comme il faut ? » (M4).*

Le manque d'objectivité pouvait être à l'origine d'une banalisation des symptômes : *« Négliger et de leur dire « aller c'est bon, arrête de te plaindre, ce n'est pas méchant » » (M4)* au risque de manquer un diagnostic : *« C'est surtout de passer à côté de quelque chose quoi...une douleur abdo chez ton gamin, tu te dis que c'est de l'aérophagie, ce n'est pas grave... alors que ça peut être plein de choses ! » (M2).*

Le fait de sous-estimer les symptômes avait à la fois un rôle rassurant chez le proche mais aussi chez le médecin : *« J'ai toujours cette peur de ne pas vouloir inquiéter, j'aurais plus une tendance à vouloir minimiser le problème » (M1).* Inversement, le risque pouvait également être d'une hyper implication émotionnelle et professionnelle, même si cela entraînait moins de conséquences néfastes potentielles aux yeux des médecins : *« Surestimer... à la limite, en faire trop... ça ne porte pas à conséquence » (M2).*

La peur de décevoir face aux attentes de proches était souvent évoquée : *« Un oncle éloigné qui avait fait un malaise donc euh forcément...tout le monde se retourne vers toi et puis euh...*

y'a un côté « tu n'as pas le droit à l'erreur ! » » (M3), conférant un sentiment d' « Obligation de résultats que tu n'aurais pas forcément avec d'autres personnes... » (M3).

La crainte du médico-légal dans l'exercice médical classique semblait également présent dans la sphère familiale et privée : « Des fois, je réalise que j'ai tellement peur de passer à côté de quelque chose...j'aurais tendance à me protéger en blindant le dossier à fond et à faire des examens, un peu juste pour me rassurer... quand en plus ça implique des gens avec qui tu es proche affectivement, c'est encore pire ce sentiment que tu n'as pas le droit à l'erreur... » (M3).

...Liée à la peur de dire non

Les difficultés liées au refus d'une sollicitation d'un proche pouvaient être en rapport avec la difficulté de déléguer le suivi à un collègue extérieur : « En étant seul au cabinet, c'est plus difficile de les envoyer ailleurs ... je pense à une copine, c'est un de ses collègues du cabinet de groupe qui suit ses parents » (M2), même si les médecins semblaient insister pour que cela soit possible « Il a fallu qu'ils fassent des pieds et des mains pour que ça soit quelqu'un d'autre qui les suive... »(M2), « J'essaie à tout prix de lui trouver un médecin, j'en parle à a des collègues, je galère un peu avec ça... » (M5).

Certains médecins considéraient que le fait de refuser la demande risquait de générer un conflit avec leur proche : « Après si tu dis non...ben c'est mal perçu ! Là, ma mère, elle est tellement susceptible que si je refuse de la soigner, je la renie (rires), elle ne comprendra pas ! » (M2). Cela semblait parfois tout simplement impossible : « C'est dur parce qu'ils te demandent, et toi ...tu ne peux pas leur dire non » (M4). Parfois, la question du libre arbitre ne se posait pas : « Moi c'est sûr que je ne trouve pas ça raisonnable de suivre ses proches mais en fait euh...on ne te laisse pas le choix (rires) ! » (M2).

4.2 Comment répondre à la demande

4.2.1 Fixer des règles

Afin de reproduire les conditions de consultation classique, certains médecins imposaient un suivi au cabinet : « *Je considère que ça reste des patients et qu'il faut que je fasse mon examen correctement.* » (M1) et assuraient une prise en charge avec les mêmes exigences que pour leurs patients classiques : « *Les enfants, c'était le suivi classique, les carnets de santé étaient bien remplis.* » (M8).

La répétition de sollicitations dans un cadre extra-professionnel pouvait amener à redéfinir les modalités de la demande : « *J'ai une copine qui est un peu intrusive, qui vient des fois le samedi avec son fils, elle débarque chez moi car le gosse est malade, je lui ai dit « ça s'est terminé ».* » (M9). Les sollicitations pouvaient être limitées par certaines parades : « *Je n'ai jamais la mallette dans la voiture ou chez moi donc ça limite un peu aussi...* » (M3), « *La mallette ne sort pas d'ici en général* » (M8). Si le médecin était enclin à prendre en charge ponctuellement son proche, la difficulté pouvait être de dissocier les moments dédiés au travail de ceux dédiés aux loisirs et à la vie familiale et de le faire comprendre au proche : « *C'est à nous de fixer des limites...des fois je dis « écoutes, aujourd'hui je ne bosse pas »* » (M9).

La demande pouvait s'accompagner d'une réflexion personnelle ou menée avec le proche afin d'établir certaines bases : « *Je leur explique aussi un petit peu la situation et si je vois qu'on va peut-être être amené à avoir des discussions un peu plus élaborées ou des choses plus graves ... j'essaie un peu de préparer le terrain et de me mettre psychologiquement en état* » (M1). La « condition sine qua non » pour accepter d'intervenir pouvait être pour le proche d'accepter les revers de la prise en charge : « *Le vaccin de la grippe, je lui ai encore fait cette année, il avait interdiction de hurler les jours d'après car c'est le seul parmi tous les patients que je vaccine contre la grippe qui a mal pendant 3 jours...(rires)* » (M1). Cela pouvait

également être de suivre scrupuleusement la conduite à tenir dictée par le proche médecin : « *Ils m'ont demandé mon avis et finalement après ils ont pris l'avis de quelqu'un d'autre puis du coup ils ont pas tenu compte de ce que j'avais dit* » (M6), au risque de refuser les prochaines sollicitations : « *Dans ce cas-là, tu viens plus me parler de quoi que ce soit, d'ordonnances ou quoi, je te ferais plus rien...* » (M4).

4.2.2 Passer la main

Parmi les motifs amenant les médecins à passer la main, la gestion des pathologies nécessitant une prise en charge spécialisée était souvent évoquée : « *Mais bon, sinon c'est simple au final, tu délègues... c'est ce que j'ai fait pour mon père et son lymphome...* » (M2). Cela pouvait également permettre de se rassurer en confrontant les opinions auprès de collègues médecins : « *J'en parle quand même autour de moi, confronter les idées, se demander « Est-ce que je fais bien comme il faut ? Est-ce que toi tu aurais fait autrement ? »* » (M4). Selon les médecins, le rôle particulier de médecin généraliste était à double tranchant dans la prise en charge de leurs proches, avec un côté polyvalent : « *Globalement on est à peu près aptes à gérer toutes les situations* » (M6) qui pouvait se heurter à certaines limites : « *Tout ça je me le suis demandé... si j'avais les compétences, je ne suis « que » médecin généraliste, je ne suis pas... spécialiste.* » (M4).

Pour certains, orienter vers un confrère pouvait être la réponse systématique face aux sollicitations : « *Ça finira toujours par un conseil d'aller voir quelqu'un d'autre à la fin quoi qu'il en soit* » (M3).

4.2.3 Dire non

Comme précédemment évoqué, même si les médecins ressentiaient un malaise à refuser les sollicitations de leurs proches, la question se posait cependant lorsque la situation n'était plus acceptable pour le médecin : « *Ça m'amène à lui dire que les soins par sa femme,*

ce n'est pas forcément le mieux en fait, et qu'il faudrait mieux aller voir quelqu'un d'autre que moi. » (M1).

La meilleure stratégie paraissait finalement d'apporter cette réponse immédiatement, dès le début des sollicitations, lors des études de médecine: *« La solution, ça serait de dire non tout de suite... »(M2)*, au risque de se heurter à l'incompréhension du proche : *« Il va falloir que tu le justifies ton « non » » (M2)*, voire à sa colère : *« Après, j'ai déjà essayé de leur dire que je voulais pas m'occuper d'eux sauf qu'ils se mettent en colère ou ils se fâchent, ils se braquent, ça fait des conflits.... » (M4).*

Parfois, les médecins faisaient part d'une certaine ambiguïté sur le sujet, partagés entre l'envie de rendre service ponctuellement mais le rejet du rôle de médecin référent, rendant l'interprétation du « non » plus difficile pour les proches : *« Un certificat médical pour le sport...alors soit tu le fais comme ça, tu ne l'examines pas... mais en théorie faudrait dire « je ne veux pas être ton médecin traitant », expliquer le pourquoi mais il faut que ça soit compris... » (M2)*. Pour d'autres, le fait de répéter leur refus permettait de limiter la fréquence des sollicitations : *« Ils savent que s'ils me sollicitent, je ne leur réponds rien en fait ... » (M3)* jusqu'à faire oublier son statut de médecin : *« Maintenant il y en a certains qui ne me considèrent plus comme un médecin » (M3)*, quitte à décevoir l'entourage : *« Ça ne répond pas à leur attente, ils sont un peu déçus peut être donc ils renouvellent pas l'expérience. » (M3).*

4.2.4 Accompagner sans se substituer au médecin traitant

Certains médecins considéraient qu'il était naturel d'accompagner leur proches dans leurs problèmes de santé « *On est là pour orienter les gens* » (M9).

Indépendamment de la proximité affective, leur position de médecin imposait une obligation de conseil, d'avis et d'orientation : « *Je peux donner un avis mais en discuter aussi avec le médecin traitant de la personne... on est là pour accompagner les gens, d'une manière générale* » (M8).

La solution pouvait être de faire une première évaluation rapide afin d'orienter le proche vers son médecin si besoin, que ce soit par principe : « *Quand ils insistent, je peux donner mon avis mais ça finit toujours aucune prescription et je leur dis d'aller voir leur médecin généraliste...* » (M2) ou à cause de la distance : « *Ceux qui sont loin, au Canada par exemple, par téléphone, par Skype... je donne des avis, évidemment... mais je conseille d'aller voir un médecin* » (M7).

4.2.5 L'argument du médecin traitant

Certains considéraient que la position de médecin traitant était au cœur de la décision. Si la personne choisissait son proche médecin comme médecin traitant, il n'y avait dès lors aucune entrave à la relation de soins : « *A partir du moment où ils prennent un médecin traitant, que ce soit un proche ou pas, ben il n'y a pas de soucis* » (M8). Cette demande devait être à l'initiative du proche et non du médecin : « *Je n'irais pas dire à un de mes enfants « je serais ton médecin traitant », faut que ça parte de la personne en question* » (M8).

Si la décision revenait au proche, le rôle du médecin pouvait être de l'éclairer dans son choix : « *Expliquer aux gens qu'il vaut mieux prendre un médecin traitant s'ils préfèrent être complètement indépendants, moi ça me pose aucun problème que ce soit quelqu'un d'autre le médecin traitant, c'est ce que j'ai dit à mes enfants pour mes petits-enfants* » (M8).

4.2.6 Faire un choix

Certains médecins considéraient que face aux demandes, la réponse devait être constante dès les premières sollicitations : « *Moi j'ai toujours pensé que c'est bien de décider dès le début, « je les soigne ou je ne les soigne pas » » (M3), « Faut que ce soit clair et net » (M8). Ces arguments étaient corroborés par le vécu compliqué de situations où le rapport entre le médecin et son proche n'était pas bien établi : « *Ils ont besoin de soins mais ils n'ont pas vraiment de médecin traitant, donc ils sont un peu coincés... parce qu'à chaque fois, ils viennent me voir avec moult excuses, ils sont désolés de m'embêter... » (M5). Clarifier la relation et le statut de chacun dès le départ permettait d'établir une relation saine : « *Si on met les gens très à l'aise, ça se passe bien » (M8).***

Anticiper et officialiser le choix permettait d'éviter de faire appel au proche médecin de façon impromptue lors d'une situation complexe ou urgente : « *Vaut mieux anticiper que d'arriver sans médecin traitant, d'avoir une pathologie lourde et que, comme c'est en urgence, on se tourne vers la famille. » (M8) au risque « *D'impliquer de force le médecin » (M8) et de créer une relation non saine : « *C'est là que c'est compliqué, il n'ose pas se retirer après, le membre de la famille est embêté car il n'ose pas le gêner ou lui dire non » (M8).***

La situation était également applicable aux médecins eux-mêmes, que ce soit pour leur propre santé : « *D'ailleurs il faut que toutes les personnes, y compris les médecins, choisissent un médecin traitant » (M8) ou dans le cadre du soin à leurs enfants lorsqu'ils ne sont pas en âge de prendre cette décision : « *Quand on a des enfants en bas âge, soit on prend la décision de les suivre, soit non... autrement dit, il faut qu'on choisisse » (M8).**

4.2.7 Avoir confiance en soi

Dans cette prise de décision, un élément essentiel semblait être la confiance en soi : « Je crois que ça dépend de la mentalité en fait...moi j'ai à la fois une qualité et un défaut, c'est que je suis sûr de moi, donc ça ne me pose pas de problème... quand on n'est pas sûr de soi, il ne faut pas. » (M9). Le fait d'être confiant permettait de définir clairement sa position et d'établir des limites « Dire non, ça s'apprend aussi, j'ai 26 ans d'expérience...et puis, faut être sûr de soi ! » (M9).

En ce sens, les internes et jeunes médecins semblaient plus vulnérables face aux sollicitations de leurs proches et moins préparés à se forger une position claire : « J'ai quelques internes que j'ai connu, je me suis dit « faudrait qu'elle prenne un peu confiance en elle » » (M9), « Les jeunes ils sont déjà assez stressés comme ça...je leur dit « Vous savez vos parents s'ils vous demandent, envoyez les vers des confrères, vous serez tranquilles » ...parce que c'est lourd quand même. » (M7).

4.3 Le questionnaire

En fin d'entretien, nous avons donc soumis notre questionnaire de 5 items issus d'une synthèse des modèles proposés dans la littérature. Il explorait les principaux aspects à prendre en compte lors d'une demande de soins d'un proche :

- La demande médicale de mon proche entre-t-elle dans mon champ de compétences ?
- Les conditions techniques et pratiques sont-elles réunies pour prodiguer des soins de qualité à mon proche ?
- La proximité avec mon proche nous permet -elle d'aborder de façon objective tous ses problèmes médicaux ?
- Mon implication médicale est-elle susceptible d'interférer dans la relation affective que j'ai avec mon proche ?
- Est-ce que cette relation de soins est susceptible de compromettre mon bien être personnel ?

Les médecins interrogés réagissaient à chaque item et étaient invités à exprimer leur ressenti personnel sur la question ainsi que son intérêt éventuel auprès de leurs collègues. Leurs réactions étaient parfois très différentes, influencées par leurs expériences passées.

4.3.1 Ressenti général

Si certains semblaient s'être déjà posé ce type de questions : « *Ces questions tu les a forcément en tête au moment où ils t'en parlent de leurs problèmes* » (M4), d'autres observaient que ce n'était pas un automatisme : « *Il faudrait que ce soit un truc qu'on fasse automatiquement mais on n'y pense pas* » (M1), ces questions pouvaient simplement être « *Survolées au moment de la demande* » (M5).

De façon générale, les médecins reconnaissaient l'intérêt d'un tel outil : « *Aborder le sujet, oui, ça permettrait peut-être une petite prise de conscience* » (M1).

Il pouvait permettre de prendre conscience de certains aspects du soin aux proches, notamment lors des premières demandes et ainsi de se forger une position pour y répondre de la façon la plus appropriée : « *Souvent c'est l'escalade, on te demande une fois et puis, tu n'y as jamais bien réfléchi, tu te retrouves à le faire parce que tu n'as pas trop le choix donc c'est sûr que si tu te poses ces questions-là avant...* » (M3).

Les médecins pouvaient y voir un support permettant de cadrer une pratique parfois un peu improvisée : « *On fait notre truc chacun dans notre coin, on est un peu isolés alors que tout médecin soigne un peu autour de lui sans que ça soit vraiment officiel...* » (M1).

Ils semblaient tous ne jamais avoir été sensibilisé à cette réflexion dans le cadre de leurs études ou de formations : « *C'est vrai que nous, on ne nous en a jamais parlé de ça !* » (M1).

Cependant, même si les questions pouvaient paraître pertinentes, leur intérêt était remis en cause par certains devant l'impossibilité de refuser la demande « *Tout ça tu l'as en tête mais moi, c'est vrai que je n'y arrive pas à dire non... ou si je dis non, ça se passe mal (rires)...* » (M4), où bien parce qu'ils ne se sentaient pas concernés « *C'est vrai que je l'ai fait dès le départ, donc là, ça fait 27 ans, revenir en arrière ça paraît compliqué* » (M7).

4.3.2 Ressenti pour chaque item

La demande médicale de mon proche entre-t-elle dans mon champ de compétences ?

La question sur les compétences était facilement interprétée par les médecins qui reconnaissaient que la position de généraliste pouvait à la fois exposer à tout type de demandes : « *Si c'est destiné à des généralistes, globalement on est à peu près aptes à gérer toutes les situations* » (M6) tout en se heurtant parfois à certaines limites : « *Il y'a des choses qui techniquement... par exemple, une douleur oculaire, avec une baisse d'acuité visuelle, ben on ne va pas gérer quoi !* » (M5) et impliquant le recours à des confrères spécialistes :

« On pourra les orienter aussi plus facilement quand ça dépasse notre champ de compétences » (M6).

Si le doute était présent « Je me le suis demandé si j'avais les compétences... » (M4), le recours facile à des avis extérieurs rendait cet aspect du soin moins problématique que les autres : « Je me dis, je délègue et puis j'en parle quand même autour de moi, confronter les idées » (M4).

Au final, cet item ne semblait pas poser plus de problèmes pour le soin aux proches que pour tout autre patient, la prise en charge multidisciplinaire étant au cœur de la profession : « Je pense qu'en médecine générale on ne peut pas travailler tout seul. » (M8), « En gynéco, je sais que je suis nul mais par contre je vais l'envoyer chez quelqu'un qui connaît » (M9).

Les conditions techniques et pratiques sont-elles réunies pour prodiguer des soins de qualité à mon proche ?

Les médecins reconnaissaient que ces conditions étaient rarement respectées : « Elles ne sont jamais là, on ne les examine pas, on fait ça entre deux » (M6), la demande se faisant de façon informelle dans un cadre non propice aux soins : « La demande, c'est toujours une fin de repas, un truc un peu informel, y'a plein de monde donc c'est dur d'officialiser un entretien...de cadrer... » (M5).

Cependant, certains s'engageaient à reproduire à domicile les mêmes conditions qu'au cabinet, notamment lorsque le proche avait des difficultés à se déplacer, un peu à la manière d'une visite à domicile : « Je l'examine quand même, j'ai un ordinateur, tout est consigné dedans, j'ai tous les courriers, je tiens les dossiers » (M7), « Les informations sont sur l'ordinateur comme pour les autres patients » (M8).

La proximité avec mon proche nous permet -elle d'aborder de façon objective tous ses problèmes médicaux ?

Si certains reconnaissaient que la relation affective avait un impact sur leur façon de faire : « *On est tous trop proches, on ne peut pas aborder les choses de façon objective, c'est évident...* » (M6), « *Il y'a toujours une crainte, de peut-être pas bien voir ou de peut-être surestimer, toujours* » (M7), d'autres ne ressentaient pas cette influence : « *J'ai eu des amis qui ont eu des cancers ou des trucs comme ça, je n'ai pas l'impression que ça perturbe la relation thérapeutique* » (M8).

La maîtrise de certains domaines spécifiques de la médecine (par exemple les soins palliatifs), pouvait permettre de dépasser l'impact émotionnel : « *Je serais tout à fait capable de dire, en tant que médecin traitant d'un proche, qu'on est dans de l'acharnement thérapeutique, et qu'on devrait arrête la chimiothérapie...comme je ferais pour un autre patient* » (M8).

La particularité des pathologies psychologiques était souvent mise en avant.

Cela pouvait être en lien avec un manque d'objectivité : « *Il y'a des domaines de la médecine où on ne peut pas être juge et partie...Les grosses dépressions, c'est difficile d'agir en tant que père ou mari et comme médecin.* » (M9) ou par soucis de pudeur : « *On est peut-être un peu plus libre avec un médecin qu'on connaît pas plutôt qu'avec son fils ou sa fille...quelqu'un qui déprime par exemple, il ne va pas raconter ça à ses enfants...* » (M7).

Le rôle du médecin pouvait être de passer la main dès lors que le manque d'objectivité mettait à mal la prise en charge : « *Il faut savoir dire aussi : si tu as besoin d'un avis plus objectif, moi je t'envoie voir quelqu'un d'autre* » (M8).

Mon implication médicale est-elle susceptible d'interférer dans la relation affective que j'ai avec mon proche ?

Certains considéraient que la question sur l'interférence dans la relation avec le proche était importante, voire même décisive : « *Moi je sais que c'est celle-ci qui m'aurait interpellée et effectivement, peut-être qu'à partir de là je me serais dit « Ça interfère donc je ne suis pas sereine » » (M3).*

Pour d'autres, le service rendu au proche excluait toute répercussion sur la relation préexistante : « *Pour moi c'est non, enfin en tout cas, les miens ils le vivent positivement, mes amis, les famille... ils sont contents... il y a une confiance vraiment totale » (M7).*

Est-ce que cette relation de soins est susceptible de compromettre mon bien être personnel ?

Cette question était celle qui suscitait le plus de réactions. Pour certains, il ne s'agissait pas d'un élément important à prendre en compte devant l'absence de répercussion personnelle : « *Pour moi, la moins importante ça serait le dernier point, ça ne va peut-être pas aller jusqu'à là...je peux être mal à l'aise des fois mais ça ne va pas compromettre mon bien-être personnel non plus » (M5).* Certains considéraient que la demande n'avait pas de conséquence tant qu'elle restait dans le cadre qu'ils s'étaient imposé : « *Non, parce que si je sens que y'a un domaine où je sens que ça peut poser problème, j'arrête ! » (M9).*

D'autres considéraient que ce retentissement pouvait certes être présent, mais le négligeaient face à l'engagement pris auprès du proche : « *Je m'en fiche, le tout c'est de s'occuper correctement d'eux et puis le reste, tant pis... » (M4).*

Plusieurs médecins semblaient tout particulièrement interpellés par cet item. La répercussion sur le bien être personnel pouvait correspondre au temps personnel dédié à la prise en charge du proche : « *Au travail on soutient les gens pendant ce temps dédié au travail mais là c'était*

en plus en dehors de mes journées de travail, le week-end, les soirs. » (M1) mais également aux conséquences « psychologiques » de cet investissement, en rapport avec la peur de mal faire : « J'aime bien la dernière, je trouve que c'est important...on ne se sent pas bien quand on fait mal les choses. » (M6).

L'implication médicale pouvait parfois être à l'origine d'un vécu plus douloureux de la pathologie du proche : « Je me suis parfois pourri la vie pour des trucs... si je n'avais pas été médecin, je ne l'aurais pas vécu comme ça... » (M6).

4.3.3 A qui pourrait être destiné le guide ?

Les médecins semblaient d'accord pour considérer que le guide était un support intéressant pour initier une réflexion et se forger une position, dès les premières sollicitations : « Souvent c'est l'escalade, on te demande une fois et puis, tu n'y as jamais bien réfléchi... » (M3). Ainsi, les internes pouvaient logiquement être une population susceptible d'être sensibilisée à la question : « On pourrait envisager ça comme un support de cours destiné aux internes, sur comment soigner ses proches » (M6), « Peut-être plus l'interne en fin de parcours, quand ils ont déjà de la pratique, parce qu'un interne qui commence et qui fait que de l'hospitalier, il ne va pas forcément se rendre compte » (M1).

Les médecins notaient que les internes ou externes en formation étaient souvent sollicités dès le début de leurs études : « On pourrait presque l'envisager avant l'internat aussi parce que pour la famille, dès que tu commences tes études, ils vont directement te solliciter » (M6). Paradoxalement, ceux-ci étaient peu sensibilisés à cette question : « Quand on est interne, on a entendu vaguement à la fac qu'il ne fallait pas soigner ses proches mais on réalise vite que ce n'est pas possible » (M5).

Cependant, toutes les catégories d'âge pouvaient aussi être concernées : « A tout médecin en pratique... un médecin retraité par exemple, il va être sollicité aussi, je pense qu'il doit se poser ces questions-là aussi » (M5).

Des médecins très impliqués dans le suivi médical de leurs proches pouvaient faire preuve d'une attitude paradoxale : « Moi je ne leur conseille pas de suivre leur famille par contre hein ! » (M7). Certains médecins considéraient qu'il était impossible de revenir sur leur position au bout de plusieurs années à s'occuper de leurs proches « *Peut-être en priorité les jeunes, parce que nous, on est vieux (rires), j'ai pris ces décisions il y a longtemps...je ne reviendrais pas là-dessus (M7).*

Un médecin émettait une idée intéressante d'appliquer le guide aux médecins spécialistes : « *Ils ont un champ d'action beaucoup plus réduit finalement. Est ce qu'ils outrepassent leurs capacités techniques pour faire plaisir à leurs proches ? Les réponses seraient certainement très différentes entre les généralistes et les spécialistes* » (M9).

4.DISCUSSION

4.1 Critiques de la méthode

Le choix de la méthode qualitative était approprié, notre sujet s'intéressant à observer des comportements humains qui se prêtent moins à un traitement de données chiffrées. Les médecins ont ainsi pu livrer leur ressenti sur la question du soin aux proches au travers d'expériences personnelles et professionnelles.

L'heure et le lieu des entretiens étaient déterminés par avance par les médecins interrogés, permettant une plus grande disponibilité, les interruptions (téléphone) ont été limitées au maximum. Cependant, certains entretiens ont parfois pu être abrégés compte tenu des contraintes professionnelles de chacun, on remarque d'ailleurs que l'entretien le plus long a été fait à domicile.

Si l'échantillon était varié en termes de sexe et d'âge, nous pouvons regretter l'absence de médecin exerçant en milieu rural, même si certains ont pu exercer une telle activité dans le passé. Le recrutement dans le département du Puy de Dôme peut avoir entraîné des résultats non représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes français (démographie médicale, représentation de l'exercice médical etc...).

De même, l'essentiel du recrutement s'étant fait dans l'entourage professionnel de l'enquêteur et par effet « boule de neige », les réponses ont éventuellement pu être influencées. Nous pouvons également citer les possibles réserves liées à l'enregistrement audio (pudeur, peur du jugement, confidentialité...). Il est également possible que le positionnement de l'enquêteur sur le sujet ait entraîné un biais d'interprétation qui consiste à privilégier les informations confirmant ses idées préconçues, l'hypothèse de départ étant que le soin aux proches est susceptible de modifier la relation affective ainsi que la relation de soin.

Le guide d'entretien a été modifié plusieurs fois au cours du travail, enrichi par les réponses et impressions des premiers entretiens. Les modifications ont permis de resituer le travail autour de la question de la demande de soins, ainsi que de l'outil d'aide à la réflexion.

La question d'un biais culturel peut se poser compte tenu de la réalisation du mini guide d'après diverses références bibliographiques issues de la littérature anglo-saxonne.

La saturation des données a été obtenue au bout d'un nombre assez réduit d'entretiens. Cependant, cela ne compromet pas la validité du travail puisque d'autres entretiens n'auraient pas permis de récolter de nouvelles informations pouvant enrichir la théorie. Cela reste cependant une donnée théorique soumise à la subjectivité de l'enquêteur.

Lors de l'analyse des données, la triangulation entre trois intervenants différents a permis de fournir une richesse qualitative (30) afin d'augmenter la fiabilité de l'étude, d'améliorer sa compréhension et d'en limiter les biais.

4.2 Absence de réponse univoque

Cette étude nous a montré qu'il ne peut y avoir de réponse univoque devant la diversité des situations de soins entre un médecin et son proche, une réglementation stricte ne semble pas non plus pertinente sur le sujet (25)(5). Ainsi, face à une demande, plusieurs variables sont à appréhender par le médecin dans la construction de sa position :

Influence du patient

Les entretiens ont permis de révéler certaines caractéristiques communes des proches qui sollicitaient plus ou moins directement leurs proches médecins. Ces derniers semblent ainsi être particulièrement sollicités par certaines personnes de leur entourage avec des profils similaires.

Les proches présentant des personnalités anxieuses, notamment en rapport avec leur santé, semblent particulièrement représentés. Le fait de solliciter son proche est alors un moyen de parer à une « phobie médicale » (appréhension des examens de dépistage, déni...).

On retrouve également les proches n'ayant pas une relation de confiance avec leur médecin traitant et qui se refusent malgré tout à rompre la relation, préférant solliciter le proche qui sera plus fiable et plus disponible. Enfin, les proches négligeant leur santé qui semblent obliger les médecins à intervenir malgré eux. Le fait d'appréhender ce que la demande sous-tend chez son proche peut ainsi permettre d'aborder la situation sous un autre angle, par exemple en conseillant à son proche de changer de médecin traitant si la relation qu'il entretient avec lui ne le satisfait pas.

De même, il semble exister un facteur générationnel dans la prise en charge des patients traités (1) (7). L'inconfort et les difficultés de positionnement pour le médecin peuvent être accrus avec des proches de la même génération ou plus âgés, par inversion de l'autorité. Ainsi, pour les enfants, les médecins ont généralement moins de difficultés à définir leur position, le soin apparaît comme naturel. Pour VALLEREND (31), soigner ses parents procure orgueil et fierté aux deux protagonistes mais inverse la relation d'autorité, et entraîne des bouleversements importants dans leurs identités et rapports familiaux.

Avoir un médecin « à disposition » semble également transformer le rapport du proche à la médecine au travers d'un niveau d'exigence plus fort contrastant avec une observance moindre. Cela peut s'expliquer par une « désacralisation » de la consultation médicale qui s'effectue le plus souvent dans un cadre décontracté et informel, ce qui peut convenir au proche (gain de temps, diminution de l'anxiété, confort...) mais pas forcément au médecin.

Influence de la nature de la demande

La nature de la demande a une influence majeure dans le positionnement du médecin. Les demandes anodines d'ordonnance ou de conseil ne posent pas de problème la plupart du temps, à condition qu'elles ne soient pas trop fréquentes. La demande peut même être valorisante et renforcer le lien avec son proche. Cette donnée est souvent retrouvée dans la littérature, en effet les médecins affirment faire un suivi médical des membres de leur famille essentiellement pour des pathologies bénignes, aiguës (32)(33).

Face à des problèmes potentiellement urgents ou graves, le médecin prend plus facilement la main afin d'accélérer les démarches diagnostiques et thérapeutiques, parfois dans un double objectif : donner plus de chances à son proche mais aussi limiter sa propre anxiété réactionnelle à la maladie du proche. Le médecin devient alors un véritable acteur de la santé du proche au lieu d'en être un spectateur passif.

Les problèmes d'ordre psychologique prennent un sens particulier aux yeux des médecins. La sphère psychologique est souvent décrite comme une limite d'intervention, pour des raisons de confidentialité, de pudeur ou d'objectivité. Les médecins semblent ainsi vouloir envisager les problèmes de santé de leurs proches au travers d'un mode binaire avec d'un côté les problèmes physiques et de l'autre les problèmes psychologiques. Mais la frontière entre les deux est mince et ils se retrouvent mêlés malgré eux à des situations s'intégrant dans les deux champs.

En ce sens, le travail de FROMME and AL. (10) propose un classement des interventions de santé auprès de proches en trois catégories en fonction du degré de risque faible, modéré ou élevé (ANNEXE 1). Sont considérées à risque toutes les situations pour lesquelles le médecin s'implique directement dans la santé de son proche. C'est le cas d'une prescription non habituellement faite par le médecin traitant, d'une demande d'examens complémentaires ou

d'une coordination des soins...au final, tout ce qui est susceptible de court-circuiter le parcours de soin habituel. Le conseil médical, l'éducation thérapeutique et le fait d'aider son proche à décrypter le jargon médical représentent des situations à faible risque. Si ce classement permet d'imaginer les risques potentiels en fonction de la réponse apportée, il reste difficilement applicable compte-tenu de tous les autres paramètres qui régissent la demande de soins.

On peut alors se demander si les réponses des médecins à ces différentes demandes sont les mêmes que pour leurs patients lambda. Dans son étude, CASTERA (34) observait que des différences de pratiques dans la prise en charge d'un proche versus un patient classique ont été mises en évidence surtout pour les symptômes bénins mais que cette prise en charge devenait plus consensuelle pour les symptômes plus graves.

Influence du médecin

Ce travail nous a montré que la réponse dépendait énormément du médecin, que ce soit au travers de ses caractéristiques générales (âge, sexe), de sa personnalité, de son mode d'exercice et de ses expériences personnelles ou professionnelles passées.

Il est intéressant de constater que la question de la confiance en soi se pose fréquemment lors des entretiens. La confiance semble être la clé de voûte d'une relation médicale saine avec son proche. Elle permet d'affirmer clairement sa position à son proche et de fonder les bases de la relation (médecin traitant du proche, interlocuteur ponctuel en cas de besoin, refus d'implication etc.). Une attitude ferme et claire offre la possibilité au médecin de faire son choix et d'éviter certaines situations ambiguës. La façon de répondre aux proches dépendrait alors en grande partie de la personnalité du médecin, définie comme une organisation dynamique des aspects cognitifs, affectifs, conatifs, physiologiques et morphologiques de l'individu (35). Cela suggère que la personnalité résulte à la fois de caractéristiques innées et acquises au

travers des diverses expériences personnelles et professionnelles qui sont profondément ancrées chez l'individu, et donc qu'aucune méthodologie ne pourrait transformer.

Ainsi, certaines études (32)(26) constataient que les médecins qui avaient besoin de reconnaissance, sensibles au regard des autres ou se laissant guider par leur amour propre acceptaient plus facilement de soigner leurs proches.

Le vécu des expériences passées a également une importance sur la réponse, et peut soit conforter la position adoptée, soit rendre prudent. Dans le même sens, COTTEREAU (36) remarquait que les expériences et le vécu du médecin vont fortement influencer sa décision de soigner ou non ses proches, selon que les prises en charges ou refus antérieurs se sont bien ou mal passés.

On observe également que l'âge a une influence dans cette décision, en accord avec différentes études quantitatives sur le sujet (2)(1). Les médecins plus âgés ont des positions plus franches sur le sujet, ils s'investissent plus fréquemment dans la prise en charge de leurs proches et semblent être relativement sereins à cette idée. Le travail de LASSERRE (37) montrait également que les médecins les plus âgés sont ceux qui soignent le plus leurs proches. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées : l'exercice de la médecine depuis plusieurs années peut permettre un plus grand recul sur les pathologies médicales et rend le soin aux proches moins anxiogène. La confiance acquise au fil des années par leurs proches permet également d'atténuer la peur de l'échec et le sentiment de remise en cause. Enfin, la mutation actuelle de la médecine générale permet peut-être aux jeunes générations d'être moins sollicitées par leur entourage en leur offrant le sentiment d'avoir le choix. Il apparaît également qu'au moment de leurs études, l'enseignement de ces médecins était moins axé sur la sécurité des soins, la notion d'événements indésirables faisait moins partie intégrante de la pratique des soins ambulatoires (38).

Une autre particularité pouvant être avancée concerne la représentation que le médecin a de l'exercice médical. On peut en effet se demander si la réaction du médecin à la demande de son proche peut être révélatrice de son mode de fonctionnement dans la « vraie vie », c'est à dire dans sa façon de répondre à ses patients officiels dans l'exercice classique de sa médecine. L'appréhension des problèmes d'ordre psychologique, la gestion de l'urgence, la disponibilité hors des horaires définis de travail, la crainte de l'erreur médicale...sont autant de paramètres qui peuvent être présents dans les deux cadres.

Au final, le fait de s'interroger sur la façon dont on soigne ses proches peut permettre une réflexion sur sa pratique quotidienne de la médecine.

Un positionnement ambivalent

Si certains médecins ont une position claire et tranchée, il est étonnant de constater qu'une certaine ambivalence ressort des différents entretiens.

Les médecins considèrent de façon générale que soigner leurs proches n'est pas adapté, pour des raisons multiples (manque d'objectivité, confusion des rôles, anxiété réactionnelle...). Cependant, s'ils sont bien conscients des risques inhérents à cette pratique, ils s'impliquent dans la prise en charge de leurs proches de façon quasi systématique.

Si certains sont pleinement engagés dans la santé de leurs proches depuis la fin de leurs études et sans qu'aucune autre solution n'ait jamais été envisagée, ils conseillent cependant à leurs étudiants de ne pas prendre en charge leurs proches. Cela laisse suggérer un malaise sous-jacent, notamment en rapport avec une certaine forme de fatalisme et l'impossibilité d'élaborer une réflexion préalable lors des premières demandes.

L'ambivalence consiste en un conflit engendré entre les tendances qui favorisent le maintien ou l'arrêt d'un comportement et celles qui s'y opposent (39). Tout médecin y est confronté dans son exercice : alors qu'une consultation médicale impose dans un délai imparti un passage à l'acte quasi immédiat, cette attitude peut parfois être inadaptée. Selon

E.GALAM(40) "Le médecin doit choisir en temps réel, ici et maintenant, avec ce patient-là, entre le possible et le souhaitable, l'utile et le faisable.", il a cependant parfois besoin de différer sa décision, car le contexte médical ou l'état d'esprit dans lequel se trouve le patient prêtent à une réévaluation ultérieure. Lors de sollicitations médicales de la part de proches, la demande expresse, le plus souvent informelle et faite dans des circonstances inadaptées est peu propices à l'élaboration d'une réflexion élaborée, ce qui implique que cette réflexion doit idéalement se faire en amont de la demande de soins.

4.3 L'intérêt d'une réflexion préalable

Les différents entretiens nous ont montré qu'une réflexion préalable sur la façon dont chaque médecin envisage son implication médicale auprès de ses proches était importante pour plusieurs raisons.

Dans son étude qualitative, DELMAS (38) mettait en évidence certains facteurs de risque d'erreur médicale spécifiques à la relation médecin/« proche patient » notamment la part émotionnelle faussant le jugement ainsi que les mauvaises conditions de prise en charge. Elle invite ainsi chaque médecin à réfléchir à ces aspects lors d'une demande de soins d'un proche : « Il est nécessaire de s'interroger pour savoir dans quel cadre procédural et contextuel nous pouvons le faire ».

Cette réflexion offre tout d'abord la possibilité au médecin de prendre conscience des différentes influences et des différents facteurs qui transforment une relation affective en une relation de soins. Selon MOSSMAN (41), il faut anticiper le fait que des demandes informelles soient faites par les proches et comprendre les émotions et forces qui dirigent ce type de prescriptions pour être prêt à donner une réponse appropriée (36).

Les questions proposées par LA PUMA (25) dont le mini guide est en partie issu permettent de rendre compte des subtilités propres à la relation de soin avec un proche (pudeur, confidentialité, professionnalisme, objectivité...).

Cette réflexion permet également au médecin de définir à l'avance quel sera son degré d'implication médicale auprès de ses proches. Clarifier sa position auprès de son proche implique de prendre conscience des attentes de chaque parti, qui ne peuvent pas être toutes satisfaites. CHEN (6) propose ainsi une série de questions (ANNEXE 7) à se poser afin d'explorer ses attentes en tant que proche, en tant que médecin ainsi que les attentes des autres membres de la famille et des autres médecins.

Enfin, elle peut être un support qui aide le médecin à argumenter son refus d'implication auprès du proche à la manière des phrases types décrites par EASTWOOD (9) : « Je préférerais que tu en parles à ton médecin, je serais content de t'aider mais il faut que tu comprennes que je ne peux pas te soigner sans t'examiner... ».

Le mini guide proposé peut servir de base à cette réflexion. Les médecins ont globalement jugé comme pertinents les différents items qui y sont présentés, cependant on note de grandes variabilités individuelles entre les réponses. Finalement, devant une question complexe et ambivalente comme celle-là, le mini guide n'apparaît pas comme une ligne de conduite universellement valable mais invite à faire un travail sur soi, l'idée étant de trouver un compromis entre l'idée rationnelle qu'il serait préférable de ne pas soigner les proches, et la réalité des liens affectifs. La dimension affective est effectivement au cœur du problème car elle est à la fois perçue comme une obligation morale de soins, mais aussi comme une limite aux soins, puisqu'elle compromet le rationnel du médecin.

LASSERRE (37) évoquait le concept de double contrainte qui s'imposait au médecin, quand un parent le sollicitait professionnellement. La relation affective pré existante rendait moralement inacceptable le rejet de l'autre que constituait un refus de soins mais la qualité des soins pouvait en être diminuée par manque d'objectivité, ce qui était inacceptable sur le plan professionnel. Les deux positions, en tant que médecin et en tant que proche, semblaient incompatibles, ce qui rendait le médecin généralement frustré qu'il ait décidé de répondre favorablement ou non à la demande (26).

Ce travail sur soi peut aussi s'envisager avec d'autres médecins, à la fois dans les relations amicales entre médecins mais aussi au travers de groupes de pairs, groupes Balint ou formations diverses. DAGNICOURT (7) retrouvait d'ailleurs dans son travail que les médecins impliqués dans l'enseignement ou participant à un groupe Balint avaient déjà une réflexion riche sur le sujet et exprimait la nécessité de poursuivre leur cheminement.

Il n'y a pas ou très peu de sensibilisation sur cette problématique durant les études médicales ou lors de la formation continue. Les médecins interrogés pointent un sentiment d'isolement sur une pratique parfois improvisée et pourtant si fréquente. Il apparaît ainsi que les jeunes médecins, et à fortiori les internes en fin de cursus, sont une population susceptible d'être sensibilisée au sujet. L'évolution de l'ECN (Examen Classant National) a cependant permis d'axer la formation du deuxième cycle des études médicales sur un versant plus humain, tourné vers des sujets comme la décision médicale partagée, l'éthique, la sécurité des soins ainsi que les événements indésirables.

Lors de la formation des internes en médecine générale, les GEASPS (Groupes d'Entraînement à l'Analyse de Situations Professionnelles) sont des temps d'échanges durant lesquels les internes sont amenés à partager leurs expériences et avis sur des sujets qui dépassent les questions diagnostiques et thérapeutiques (responsabilité, travail en équipe, relationnel, etc...). La question du soin aux proches est cependant quasi inexistante durant le cursus universitaire.

MARIN(17) a exploré le soin aux proches au travers du vécu des internes. L'idée d'une sensibilisation pendant la formation médicale est largement émise, de même que le partage des expériences vécues avec des pairs, permettant de soulager et d'aider les internes dans leur vécu de ces situations.

4.4 Ouverture

4.5.1 Une médecine générale en mutation

Cette étude est révélatrice d'éléments en faveur d'une médecine générale en mutation. Une caractéristique mise en évidence par l'étude concerne la façon dont les médecins décident de s'impliquer ou non dans la santé de leurs proches et dans leur manière d'aborder les sollicitations en dehors du cadre professionnel.

Il semble moins automatique pour les jeunes générations de prendre en charge leurs proches, le libre choix semble être possible. Les médecins plus âgés, eux, relatent parfois la naissance d'une relation de soins ne laissant pas place à une quelconque prise de décision. Cela pourrait en partie s'expliquer par des efforts de sensibilisation à l'éthique et aux événements indésirables de la part du corps enseignant (45). Une autre hypothèse peut être avancée sur l'évolution de la façon dont les jeunes générations se représentent le métier de généraliste : le « sacerdoce » d'antan semble laisser place à une médecine compatible avec la vie familiale au travers d'un temps de travail régulé.

L'Observatoire National Des Professions de Santé (ONDPS) émet déjà dans son rapport de 2005 (46) une hypothèse nouvelle pouvant expliquer la crise démographique médicale : *« la pénibilité de l'exercice générée par les conditions de travail et les horaires inciteraient effectivement les jeunes médecins, notamment de sexe féminin (60% des généralistes de moins de 35 ans), à restreindre leur engagement dans le métier par le choix de certains modes d'exercice (cabinet de groupe et salariat), remettant en question le modèle unique du cabinet individuel au sein duquel le médecin ne compte pas ses heures »*.

Dans un contexte de mutations sociales extra-professionnelles (partage des tâches ménagères, volonté d'implication des jeunes pères dans l'éducation des enfants, stratégies d'articulation de deux carrières dans les couples...), les jeunes médecins sont amenés à remettre en question l'« ethos professionnel » (47) (c'est-à-dire les manières de faire et de penser propres à un groupe professionnel donné), caractérisé par une valorisation de la

« vocation », une légitimité forte accordée à la disponibilité permanente pour les patients et une difficile séparation entre sphères professionnelle et familiale.

Cela peut expliquer pourquoi les jeunes générations sont peut-être plus libres de poser des limites lors de sollicitations médicales de la part de leurs proches.

Il serait intéressant d'explorer la question en évaluant le point de vue des proches (et à fortiori des patients) : ont-ils conscience de cette évolution et pensent-ils que cela influe sur leur demande ?

De même, si la médecine est en mutation parce que les aspirations des jeunes générations changent, elle l'est aussi parce que les patients et la société changent.

Un rapport de 2005 (48) s'intéresse à analyser les attentes et les représentations de la population, vis à vis de la médecine générale.

Il apparaît qu'une des premières attentes des patients vis-à-vis des médecins concerne sa compétence, dans la mesure où ils disposent des outils nécessaires pour la tester (Internet et démocratisation de l'accès à l'information médicale). Ainsi, les patients sont informés via Internet, via les associations de patient, via les objets connectés, ils deviennent des acteurs de leur santé: cela interroge la fonction médicale, et la posture du soignant (49).

La conséquence de ces nouveaux moyens d'accès au savoir médical est une attente grandissante de résultats plus que de moyens. 75 % des médecins estiment notamment que les malades sont devenus plus exigeants. 80 % estiment ressentir beaucoup de stress après les consultations devant un malade nettement plus précis dans ses questions.

Ainsi, s'il semble davantage possible aux jeunes médecins de refuser les sollicitations médicales de leurs proches en dehors du cadre de travail, l'accès facilité au savoir médical augmente peut-être paradoxalement la fréquence des sollicitations de leurs proches, plus demandeurs de soins, d'avis et de résultats, dans un contexte où le savoir du médecin (et de leur médecin traitant par extension) est discuté.

Enfin, on note ces dernières années un essor de la télémédecine, définie en 1997 par l'OMS (42) comme étant l'utilisation des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) dans la pratique médicale à distance.

Ses implications en médecine générale peuvent être diverses : dans sa thèse, LAIGLE (43) réfléchissait à un outil permettant un avis cardiologique rapide sur les ECG fournis en direct par le médecin traitant dans un double objectif de tri des consultations nécessitant une évaluation cardiologique urgente et de meilleure coordination des soins pour le patient. Un autre travail (44) s'intéressait à l'application de la télémédecine en EHPAD, le but étant d'éviter au maximum les déplacements, parfois néfastes chez certains patients fragiles mais également de favoriser un gain de temps et une économie des frais de transport.

L'utilisation des moyens modernes de communication (Skype, MMS...) a certainement majoré la fréquence et le mode des sollicitations émanant de l'entourage.

Appliquée aux proches, la télémédecine apparaît comme un support de choix, elle permet d'abolir la distance entre le proche et le médecin et d'obtenir une réponse rapide. Cela nécessite un investissement moindre par rapport au fait de se déplacer en consultation, pour des motifs pouvant être non justifiés.

Si les proches trouvent leur compte dans ce support, beaucoup de médecins ressentent un certain malaise avec le procédé qui peut parfois renvoyer à une médecine déshumanisée, voire absurde se prêtant plus à une simple évaluation visuelle.

4.5.2 Une médecine générale collaborative

Il s'agit tout d'abord d'une collaboration avec le patient. Le modèle paternaliste où le médecin prenait seul des décisions concernant son patient, en se fondant sur des argumentaires techniques, sur l'état des connaissances disponibles (48) laisse place à un modèle fondé sur la décision médicale partagée depuis les années 90. Elle consiste en l'échange d'informations et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle d'un patient (50). Le médecin se fait de plus en plus « équipier » avec son patient, comme il l'est par ailleurs dans les réseaux de soins, avec les pharmaciens, les infirmières, les spécialistes ou l'hôpital.

Les études sur les attentes des patients (48) vis à vis des médecins généralistes montrent bien que la demande a évolué : *« Le patient est plus exigeant dans la « demande-rencontre » de mise en confiance, il désire être écouté et entendu également. Le patient nouveau est plus exigeant, il ou elle veut savoir, ou pouvoir choisir, en fonction des informations qui lui sont données, mais aussi de sa propre expérience en tant « qu'utilisateur de la santé » ».* Pour certains auteurs (51) (39), les principaux obstacles à la décision partagée seraient : le manque de temps, le défaut de compétence dans le partage des décisions et l'implication du patient, le défaut de connaissances du médecin sur les risques et bénéfices des traitements, la difficulté à transmettre les informations (manque de compétences en communication, manque d'outils), la peur du partage du pouvoir avec le patient, le sentiment que les patients n'aiment pas l'incertitude du médecin .

Il est intéressant de constater que, lorsqu'il s'agit du soin aux proches, les médecins usent fréquemment d'une attitude paternaliste. Lorsqu'un avis leur est soumis, la décision prête peu à discussion et doit être suivie par le proche, certains praticiens avançant même ne plus vouloir intervenir en cas de refus du proche de suivre leur conseil ou prescription. Le service rendu implique de respecter la décision prise par le médecin. Le fait de s'impliquer « sous

contrainte » explique probablement cette attitude, de même que le cadre de la demande peu propice à offrir un temps d'informations pour une décision commune. Tous ces éléments peuvent expliquer que, si les proches affichent une grande confiance en leurs proches médecins, paradoxalement ils font parfois preuve d'une compliance moindre et remettent plus facilement en cause les décisions médicales auxquelles ils n'ont pas participé.

La collaboration se fait également avec les confrères généralistes et spécialistes. Entre médecins généralistes, cette collaboration permet, à échelle des maisons médicales ou des cabinets de groupe, d'assurer la permanence des soins pour répondre à la demande de continuité lorsque le médecin s'absente (49). Elle permet de prendre un jour dans la semaine, en alternance avec les autres confrères, rendant le médecin « remplaçable », et peut également permettre un échange de pratiques au quotidien. La collaboration avec les spécialistes ainsi que les autres professionnels de la santé (infirmières, kinés, psychologues...) joue un rôle pivot dans le parcours de soins du patient. La place du médecin traitant dans le parcours de soins s'est vue largement renforcée depuis l'instauration du dispositif du médecin traitant. Cela peut se faire sous la forme de « réseaux professionnels informels » (52) basés sur des critères relationnels (connaissance personnelle, réputation, bon retour des patients, certitude d'être tenu informé) ou bien via des formes de coopération plus institutionnelles : les réseaux de santé avec pour objectifs de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge (53).

La sollicitation des proches renforce le sentiment de coordination du médecin généraliste dans le système de soins, un des motifs de sollicitation fréquemment cité étant la demande d'orientation du proche vers un spécialiste adapté et compétent. Si les médecins sont globalement enclins à faire « profiter » leurs proches de leur réseau professionnel au travers d'un accès rapide et facilité, il semble cependant y avoir un malaise pour adresser sa famille aux confrères généralistes. La raison en est peut-être que le proche est réticent à voir quelqu'un d'autre, pour des raisons de confiance ou d'isolement géographique, d'où une

certaine difficulté exprimée par certains médecins exerçant seuls qui regrettent de ne pouvoir confier leur famille à leurs collègues. Pour DAGNICOURT(7), un autre risque peut survenir lorsque le médecin généraliste va intervenir ponctuellement dans une prise en charge, risquant de compromettre les fonctions de continuité, de suivi et de coordination des soins.

5.CONCLUSION

Tout médecin est confronté dans sa carrière aux sollicitations médicales de la part de ses proches, et ce, dès le début des études médicales.

Notre enquête qualitative a exploré le ressenti du soin aux proches chez neuf médecins généralistes au travers d'entretiens semi-directifs, réalisés sur la base d'une grille d'entretien élaborée à partir des données de la littérature. Les données recueillies ont été triangulées entre trois intervenants afin d'enrichir le contenu exploitable. Elles ont permis d'appréhender les tenants et aboutissants de la demande de soins de la part d'un proche ainsi que la façon dont les médecins pouvaient y répondre. Puis, les médecins ont donné leur avis sur le mini-guide, constitué de questions courtes à réponses ouvertes et réalisant une synthèse des travaux trouvés dans la littérature. Ce guide explorait les principaux aspects de la relation de soins à un proche et était présenté comme un support de réflexion avant une demande de soins.

Alors que la relation avec un proche repose sur l'amour, la sympathie...la relation professionnelle fait appel à d'autres aspects comme la responsabilité, l'empathie. Le médecin se retrouve alors à respecter des obligations relevant de chacun des domaines de relations (22), ce qui implique une modification dans son comportement ou dans ses actions.

Son objectivité risque d'être compromise au travers d'une attitude soit minimaliste avec négligence et atténuation des symptômes du proche, ou a contrario maximaliste avec un hyper investissement irrationnel.

Le sentiment de confusion des rôles et la difficulté à faire le distinguo entre la position de médecin ou la position de proche entraîne chez la personne demandeuse une compliance moindre, ainsi qu'une remise en question plus facile de son proche médecin. La question du règlement de la consultation témoigne d'ailleurs bien du malaise qui sous-tend une relation dont la définition n'est pas claire. Quand certains médecins sont gênés à l'idée de faire payer

leurs proches, d'autres considèrent que cela permet d'officialiser la relation de soins. De même, les conditions techniques sont rarement propices à de vraies consultations médicales, celles-ci se déroulant la plupart du temps dans un cadre informel où les données médicales ne sont pas consignées.

Le fait de répondre à la demande permet un gain de temps au médecin, par exemple concernant la santé de ses enfants. Cela peut également conférer un sentiment de contrôle rassurant lorsqu'il s'agit de s'impliquer dans une prise en charge diagnostique ou thérapeutique d'une pathologie potentiellement grave (cancéreuse notamment). Enfin, le fait de s'investir dans la santé de son proche peut également apporter au médecin la satisfaction de rendre service et permet de renforcer la relation avec son proche.

En contrepartie, le soin peut être vécu comme une contrainte de temps (impression de travailler à la maison). Il peut aussi être associé à une charge émotionnelle importante, liée au poids de la responsabilité ainsi qu'à un regard de soignant parfois pessimiste sur la santé du proche. La relation de soins peut interférer avec la relation préexistante (confidentialité, conflit familial...) mais également avec le médecin traitant du proche.

Enfin, la crainte d'une erreur médicale est présente dans tous les esprits. La peur d'être un mauvais médecin pour son proche est liée aux mauvaises conditions d'examen, aux problèmes de pudeur ou de confidentialité, à la négligence des symptômes ou à la peur de décevoir les attentes du proche.

L'absence d'encadrement légal et de sensibilisation à la question durant les études de médecine ou lors de formations, donne le sentiment de médecine parfois improvisée et isolée. Il serait alors tentant de recommander le refus systématique face une demande de soins venant d'un proche. Cependant, il demeure certains avantages à répondre à cette demande : gain de temps, sentiment de maîtrise rassurante, valorisation et fierté, bonne connaissance du patient et réévaluation plus aisée...Refuser systématiquement pourrait par réaction

extrême, conduire les proches à ne plus informer le médecin-membre de la famille de leurs problèmes médicaux, isolant le médecin du reste de la famille, tenu à l'écart de la santé de ses proches (26). L'investissement d'un médecin proche permet également d'apporter un certain degré d'attention aux détails et une attention humaniste qui, autrement, pourraient être manquants (6) dans un système de soins parfois défaillant et impersonnel.

Il convient donc de trouver un compromis entre l'idée rationnelle qu'il serait préférable de ne pas soigner les proches, et la réalité des liens affectifs. Le médecin doit alors apprendre à construire sa position face aux demandes de soins, dans un double objectif : afficher une position claire à son proche et en être satisfait. La diversité des demandes, des schémas familiaux ou amicaux, des expériences passées fait qu'il ne peut y avoir de position dogmatique. Construire sa position passe par une réflexion préalable à toute demande de soins. Cette réflexion permet de prendre conscience des différents facteurs qui transforment une relation affective en relation de soins, de définir à l'avance quel sera son degré d'implication médicale auprès de ses proches et enfin, elle peut être un support qui aide le médecin à argumenter son refus d'implication auprès du proche.

Les différentes pistes suggérées par les médecins interrogés témoignent d'une réflexion plus ou moins consciente sur le sujet. Ainsi, fixer des règles claires sur les conditions de consultation (règlement, dossier tenu, examen médical...), guider son proche au travers du système de santé et l'accompagner sans se substituer au médecin traitant, endosser le rôle de médecin traitant d'un commun accord avec son proche, passer la main lorsque la situation le requiert, etc...sont autant de pistes témoignant de ce travail de réflexion.

La question de la confiance en soi semble être la clé de voûte de l'élaboration d'une position acceptable par le médecin et compréhensible par son proche, car elle permet d'afficher clairement sa position voire son refus d'implication quand la situation l'exige. Les internes et jeunes médecins semblent donc directement concernés par le sujet, au moment de leur vie

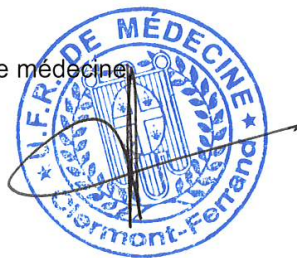
professionnelle où le manque d'expérience et de confiance en soi ne permettent pas forcément d'effectuer ce libre choix.

Le mini guide proposé aux médecins peut servir de support à cette réflexion. Il représente un moyen simple et rapide de prendre conscience des tenants et aboutissants de la relation entre un médecin et son proche. Il est également révélateur d'un certain nombre d'aspects qui régissent l'identité personnelle et professionnelle du médecin (personnalité, manière d'appréhender son exercice médical...).

Il ne représente pas une ligne de conduite à suivre mais invite plutôt à effectuer un travail sur soi, ses attentes en tant que médecin et proche. On peut également envisager un travail avec d'autres, sous forme de groupes de pairs ou d'une sensibilisation lors des études de médecine.

Le soin aux proches suit les mêmes évolutions que la médecine générale durant ces dernières années : modernisation des techniques de communication (télémédecine), décision partagée avec un patient de plus en plus instruit et de fait, de plus en plus exigeant, nouvelle répartition du temps de travail, plus grande priorité donnée à la vie extra-professionnelle...il est intéressant de se demander si les jeunes générations de médecins construiront plus facilement leur position et auront la possibilité d'effectuer un libre choix face aux sollicitations médicales de leurs proches.

Le Doyen de l'UFR de médecine



Le Président du Jury,

A handwritten signature in black ink, which appears to be 'G. CLEMENT'. The signature is written in a cursive style and is positioned below the text 'Le Président du Jury,'.

6.BIBLIOGRAPHIE

1. Reagan B, Reagan P, Sinclair A. « Common sense and a thick hide ». Physicians providing care to their own family members. Arch Fam Med. juill 1994;3(7):599-604.
2. 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. 31 oct 1991;325(18):1290-4.
3. CEDRE : Formation professionnelle MTC - Ecole de medecine chinoise [Internet]. [cité 26 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.cedre.org/>
4. Eastwood GL. When relatives and friends ask physicians for medical advice: ethical, legal, and practical considerations. J Gen Intern Med. déc 2009;24(12):1333-5.
5. Schneck SA. Doctoring Doctors and Their Families. JAMA. 16 déc 1998;280(23):2039-42.
6. Chen FM, Feudtner C, Rhodes LA, Green LA. Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook. West J Med. oct 2001;175(4):236-9.
7. 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. [Internet]. 2012 [cité 7 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se%20DAGNICOURT.pdf>
8. Mailhot M. Caring for our own families. Can Fam Physician. 1 mars 2002;48(3):546-7.
9. Eastwood GL. When relatives and friends ask physicians for medical advice: ethical, legal, and practical considerations. J Gen Intern Med. déc 2009;24(12):1333-5.
10. Erik K. Fromme, MD; Neil J. Farber, MD; Stewart F. Babbott, MD; Mary E. Pickett, MD; and Brent W. Beasley, MD. What Do You Do When Your Loved One Is Ill? The Line between Physician and Family Member. Ann Intern Med. 2 déc 2008;149(11):825-9.
11. Percival T. Medical Ethics: Or, a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons: to which is Added an Appendix;

Containing a Discourse on Hospital Duties ; Also Notes and Illustrations. S. Russell; 1803. 268 p.

12. Treating Self or Family | American Medical Association [Internet]. [cité 5 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/treating-self-or-family>

13. Ethics Manual Sixth Edition | ACP [Internet]. [cité 5 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.acponline.org/clinical-information/ethics-and-professionalism/acp-ethics-manual-sixth-edition/acp-ethics-manual-sixth-edition>

14. Latessa R, Ray L. Should You Treat Yourself, Family or Friends? *Fam Pract Manag.* mars 2005;12(3):41.

15. Krall EJ. Doctors who doctor self, family, and colleagues. *WMJ Off Publ State Med Soc Wis.* sept 2008;107(6):279-84.

16. ACPM - Traiter les membres de la famille ou les amis : Connaissez-vous les règles de l'art? [Internet]. [cité 26 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2014/know-the-rules-avoid-the-risks-treating-family-and-friends>

17. Marin Marin L. Positionnement des internes de 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 [Internet]. 2013 [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4541_MARIN_MARIN_these.pdf

18. Article 7 - Non discrimination | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2017 [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-7-non-discrimination-231>

19. Le serment d'Hippocrate | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 5 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>

20. Code de la sécurité sociale - Article L162-5-3. Code de la sécurité sociale.

21. Perdrix C GX, Plotton c. La relation médecin patient-Exercer, la revue francophone de

Médecine Générale. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. exercer 2017(132):187.

22. Rourke JT, Smith LF, Brown JB. Patients, friends, and relationship boundaries. Can Fam Physician. déc 1993;39:2557-64.

23. BMJ Careers - Do you know who I am? Treating a VIP patient [Internet]. [cité 26 mars 2018]. Disponible sur: http://careers.bmj.com/careers/advice/Do_you_know_who_I_am%3F_Treating_a_VIP_patient

24. Alfandre D, Clever S, Farber NJ, Hughes MT, Redstone P, Lehmann LS. Caring for 'Very Important Patients'--Ethical Dilemmas and Suggestions for Practical Management. Am J Med. févr 2016;129(2):143-7.

25. Puma JL, Priest ER. Is There a Doctor in the House?: An Analysis of the Practice of Physicians' Treating Their Own Families. JAMA. 1 avr 1992;267(13):1810-2.

26. Beguin M. Synthèse de la littérature sur les réponses à apporter en tant que médecin à une demande de soins venant d'un de ses proches [Internet]. 2013 [cité 7 nov 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00915086/document>

27. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.

28. Combessie J-C. IV. Sondages, échantillons. In: Repères [Internet]. La Découverte; 2007 [cité 3 juill 2018]. p. 45-54. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-page-45.htm>

29. Lair PM. Les différentes procédures réglementaires à respecter dans le domaine de la recherche en santé en Haute Normandie: élaboration d'un outil d'aide informatique. :110.

30. Using triangulation to validate themes in qualitative studies | Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal | Vol 4, No 2 [Internet]. [cité 10 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/17465640910978391>

31. Vallerend V. Quand le médecin généraliste soigne sa famille: enquête en Basse-Normandie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen. UFR de médecine; 2009.

32. Peltz-Aim J. Comment les médecins se positionnent-ils vis à vis des maladies de leur proches? Enquête qualitative auprès de 22 médecins exerçant en région parisienne [Internet]. 2012 [cité 8 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se%20Jennyfer%20Peltz%20A%C3%AFm.pdf>
33. Castel P. Le médecin, son patient et ses pairs, Der Arzt, sein Patient und seine Kollegen. Eine neue Näherungsweise der therapeutischen Beziehung. Rev Fr Sociol. 2005;46(3):443-67.
34. Castéra F, Brillac T, Université Paul Sabatier (Toulouse), Université Paul Sabatier (Toulouse), Faculté des sciences médicales Rangueil. Le médecin généraliste, médecin de sa famille? enquête auprès de 100 médecins généralistes installés en Haute-Garonne sur les soins apportés à leurs proches. [S.l.]: [s.n.]; 2005.
35. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. [cité 5 juill 2018]. Disponible sur: <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=personnalit%C3%A9>
36. Bouve C. Soigner ses proches : quelle résonance chez les soignés? Etude du ressenti des proches par enquête qualitative [Internet]. 2015 [cité 7 nov 2017]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20106696/2015MCEM3887/fichier/3887F.pdf>
37. Cornec-Lasserre S. Soigner ses proches en tant que médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2005.
38. Demond V. Soigner ses proches : une erreur ? Recherche des facteurs contributifs d'évènements indésirables lors de soins délivrés par un médecin généraliste à ses proches. Etude qualitative auprès de douze médecins généralistes par entretiens semidirigés. [Internet]. 2014 [cité 29 nov 2017]. Disponible sur: [file:///Users/Fabie/Downloads/THm_2014_DELMAS_Vanessa%20\(2\).pdf](file:///Users/Fabie/Downloads/THm_2014_DELMAS_Vanessa%20(2).pdf)
39. BOUSQUET M-A. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline. paris 6; 2013.
40. Galam É, éditeur. Infiniment médecins: les généralistes entre la science et l'humain.

Paris, France: Editions Autrement; 1996. 202 p.

41. Should you prescribe medications for family and friends? | MDedge Psychiatry [Internet]. [cité 19 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.mdedge.com/psychiatry/article/64332/practice-management/should-you-prescribe-medications-family-and-friends>
42. Simon P, Acker D. Rapport: place de la télémédecine dans l'organisation de soins [Internet]. 2008 [cité 10 juill 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf
43. Laigle Erwan. Améliorer la transmission des ECG entre médecins généralistes et cardiologues libéraux: un impact sur le parcours et la coordination des soins du patient [Internet]. 2017 [cité 12 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/These%20Erwan%20M%C3%A9decine.pdf>
44. Remande A. Motifs de recours des médecins généralistes à la télémédecine à partir de deux expérimentations [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2013 [cité 10 juill 2018]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/104/>
45. Voixmedicales P. Le « gut feeling » chez les médecins généralistes de terrain du Finistère: définition, modélisation et implications » (thèse E. CHIPEAUX, novembre 2011) [Internet]. 2011 [cité 15 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.voixmedicales.fr/2011/12/15/le-gut-feeling-chez-les-medecins-generalistes-de-terrain-du-finistere-definition-modelisation-et-implications-these-e-chipeaux-novembre-2011/>
46. Rapports ONDPS [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cité 12 juill 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/rapports-ondps>
47. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes, Abstract. Sociol Prat. 1 sept 2007;(14):19-30.
48. Étude des mutations de la médecine générale: Étude sur les attentes et les

représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale : enquête auprès de la patientèle des médecins généralistes de Rhône-Alpes. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 12 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/334559/>

49. Brodin M. Les Français et la médecine. Laennec. 2004;Tome 52(1):26-37.

50. Patient et professionnels de santé : décider ensemble Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée-Synthèse de l'état des lieux HAS [Internet]. 2013 [cité 15 juill 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf

51. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. Br J Gen Pract. juin 1999;49(443):477-82.

52. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 15 juill 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-medecins-generalistes-un-reseau-professionnel-etendu-et-varie>

53. DGOS. Les réseaux de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2012 [cité 15 juill 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>

7.ANNEXES

ANNEXE 1 : CLASSIFICATION DU RISQUE EN FONCTION DE L'IMPLICATION DU MÉDECIN DANS LE SOIN À UN PROCHE-Extrait de "What do you do when your loved one is ill ?" FROMME EK and Al., 2008

- **Low risk**

- Helping to explain medical information, such as diagnoses
- Suggesting the patient should see a physician
- Answering questions about whether the patient should see the physician
- Answering questions about medications
- Providing education, such as how to take care of a sprained ankle
- Helping to navigate the health care system (for example, finding the right physician)
- Attending medical visits
- At medical visits, helping to ask the right questions and interpret medical Jargon

- **Medium risk**

- Suggesting that the patient does not need to worry about a problem or see a physician
- Refilling a medication prescribed by the treating physician 1 time only
- Suggesting over-the-counter medications

- **High risk**

- Prescribing a medication not being prescribed by the treating physician
- Prescribing a controlled substance or psychoactive medication
- Ordering tests
- Checking results
- Coordinating care
- Making decisions without involving the treating physician or patient
- Performing a procedure beyond first aid

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

- Age, sexe
- Quelle est votre situation familiale ?
- Quel est votre statut professionnel ?
 - En activité depuis combien de temps ?
 - Activité urbaine /semi rurale /rurale ?
 - En groupe /isolée ?
 - Enseignement (MSU ?), formation continue ?

ANNEXE 3 : DONNÉES GÉNÉRALES

Médecin	Sexe	Années d'expérience	Activité	Durée entretien
1	F	9	Semi rurale, groupe	21'22
2	H	25	Seul, urbaine	32'44
3	F	5	Semi rurale, groupe	12'26
4	F	2	Urbaine, groupe	13'03
5	H	14	Urbaine, groupe	13'40
6	F	6	Urbaine, groupe	16'11
7	F	27	Urbaine, Groupe	17'26
8	H	36	Rurale puis urbaine, Groupe	16'40
9	H	26	Rurale, Groupe	18'14

ANNEXE 4: GRILLE D'ENTRETIEN INITIALE

- Racontez-moi la fois la plus marquante ou vous avez eu à soigner ou intervenir dans les soins pour un proche ?
- Qu'elles ont été, selon vous, les principales difficultés ressenties dans cette situation ?
- Comment avez-vous fait face à ces difficultés ?
- Lorsque vous intervenez dans la prise en charge médicale de vos proches :
 - o Quels proches ?
 - o Est-ce à leur demande ou à votre propre initiative ?
 - o Modalités de l'intervention : cadre, examen, paiement, dossier médical...
 - o Vous êtes-vous fixé des limites ? En avez-vous discuté avec ce proche avant d'intervenir ?
- Quels sont, selon vous, les risques encourus lors de telles situations ? Comment essayez-vous de vous en prémunir ?
- Est-ce une réflexion que vous avez déjà essayé d'élaborer avant d'intervenir dans la prise en charge d'un proche ?
- Pensez-vous que cela aurait-pu/pourrait vous permettre de mieux gérer de telles situations ?

ANNEXE 5: GRILLE D'ENTRETIEN CORRIGÉE

- Est ce qu'il vous arrive de soigner vos proches ? Quels proches particulièrement ?
- Est-ce à leur demande ou à votre propre initiative ?
- De quelle façon vous sollicitent-ils ? (Formelle/informelle, moyen de communication, intermédiaire...)
- Savez-vous pour quelles raisons vos proches vous sollicitent ?
- Vous est-il déjà arrivé de refuser une sollicitation médicale d'un proche ?
- Pensez-vous qu'une réflexion préalable (personnelle ou avec le proche concerné) permettrait de mieux définir votre position ? Quels pourraient être les supports à cette réflexion ?

Présentation du guide

- Cet outil vous paraît-il pertinent comme aide à la réflexion ?
- Certaines questions vous paraissent-elles plus pertinentes que d'autres ?
- A qui pourrait-il être destiné ?

ANNEXE 6: MINI GUIDE POUR UNE BONNE PRATIQUE DU SOIN AUX PROCHES

- La demande médicale de mon proche entre-t-elle dans mon champ de compétences ?
- Les conditions techniques et pratiques sont-elles réunies pour prodiguer des soins de qualité à mon proche ?
- La proximité avec mon proche nous permet -elle d'aborder de façon objective tous ses problèmes médicaux ?
- Mon implication médicale est-elle susceptible d'interférer dans la relation affective que j'ai avec mon proche ?
- Est-ce que cette relation de soins est susceptible de compromettre mon bien être personnel ?

ANNEXE 7: RÉPONDRE AUX ATTENTES DES MÉDECINS ET DES MEMBRES DE LA FAMILLE

Extrait de: « Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook » CHEN, 2001

En tant que proche :

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

Attentes des autres membres de la famille :

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

En tant que médecin :

- Quels sont les aspects de mon identité professionnelle auxquels je tiens ?
- En quoi ma relation intrafamiliale interagit avec mon identité professionnelle ?

Attentes des autres médecins :

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

8. SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne 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.

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

JOLY M. épouse BOURLOT, Directeur : MARTY L, RICHARD A., Président : CLEMENT G., Comment construire sa position face aux sollicitations médicales d'un proche : analyse des déterminants à prendre en compte dans la décision et proposition d'un outil d'aide à la réflexion, soutenue le 12/09/2018

INTRODUCTION : Chaque médecin est confronté, au cours de sa carrière, aux sollicitations médicales de ses proches. Comment les médecins construisent-ils leur position face à ces sollicitations ? Quel est l'intérêt d'un mini-guide pour une bonne pratique de soins aux proches ?

MATÉRIEL & MÉTHODES : 9 médecins généralistes ont été interrogés au travers d'entretiens semi dirigés qui ont permis d'explorer les difficultés ressenties, d'apprécier leur positionnement sur le sujet et d'évaluer l'intérêt du mini-guide établi à partir des données de la littérature.

RÉSULTATS : Le fait de répondre à la demande transforme la relation affective en une relation de soins, ce qui peut avoir une influence sur l'objectivité du médecin en raison d'un sentiment de confusion des rôles.

La remise en question plus facile, la moindre compliance, la perturbation du rationnel du médecin, les conditions techniques non adaptées sont autant de facteurs qui risquent de compromettre la qualité des soins.

Chaque médecin élabore des stratégies permettant de satisfaire les deux parties : fixer des règles de consultation, passer la main, accompagner sans se substituer au médecin traitant... Le mini guide peut servir de support à cette réflexion en permettant une sensibilisation à ces différents aspects.

CONCLUSION : Il ne peut y avoir de position unique et définitive devant la variabilité des situations. Les sollicitations survenant le plus souvent de façon inattendue dans un cadre non propice aux soins, un travail de réflexion en amont semble intéressant dans l'idée d'appréhender les différents enjeux d'une relation de soins avec son proche afin de pouvoir lui fournir une réponse claire et non ambiguë, ainsi que de se représenter ses propres attentes et limites.

MOTS-CLÉS : relation médecin-patient, proches, famille, médecin généraliste, demande de soins, décision, réflexion